



BACHELORARBEIT

Svenja Strübel

**Gesundheitsmanagement:
Förderung der Lebensqualität
älter werdender Menschen**

2014

BACHELORARBEIT

Gesundheitsmanagement: Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen

Autorin:
Svenja Strübel

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM 11s1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Natalie Dechant M.A.

Einreichung:
Mannheim, 24.06.2014

BACHELOR THESIS

Health management: Supporting the quality of life of an aging population

author:

Svenja Strübel

course of studies:

Health Management

seminar group:

GM 11s1-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Natalie Dechant M.A.

submission:

Mannheim, 06-24-2014

Bibliografische Angaben

Strübel, Svenja

Gesundheitsmanagement: Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen

Health Management: Supporting the quality of life of an aging population

58 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Referat

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema, wie die Lebensqualität älter werdender Menschen gefördert werden kann. Um eine Vorstellung von älter werdenden Menschen zu bekommen, wird zunächst auf verschiedene Generationskonzepte, dann auf die demografische Entwicklung und schließlich auf die Gestaltung des Gesundheitsmarketing dieser Zielgruppe eingegangen. Anschließend werden anhand eines Praxisbeispiels Angebote für älter werdende Menschen in Baden-Baden aufgezeigt. Abschließend erfolgen Handlungsempfehlungen, wie die Lebensqualität älter werdender Menschen gefördert werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	1
2 Lebensqualität	3
2.1 Definiert durch die WHO	3
2.2 Objektive Lebensqualität definiert durch die Ärzteschaft	3
2.2 Subjektive Lebensqualität aus Sicht des Gastes, Patienten, Kunden und Verbrauchers	4
2.4 Definiert durch Verbraucherschützer- und verbände	8
3 Gesundheitsmanagement und Gesundheitsmarketing	9
3.1 Gesundheitsmanagement und Versorgungsmanagement	9
3.1.1 Ambulante ärztliche Versorgung	9
3.1.2 Stationäre Versorgung	11
3.1.3 Integrierte Versorgung	12
3.1.4 Disease Management	14
3.2 Gesundheitsmarketing	15
4 Zielgruppe älter werdende Menschen	18
4.1 Demografische Entwicklung/Trends	18
4.1.1 Zuwanderung	21
4.1.2 Unterschiede zwischen Stadt und Land	21
4.2 Generationskonzepte älter werdender Menschen	23
4.2.1 40 Plus	23
4.2.2 50 Plus	23
4.2.3 Best Ager	25
4.2.4 68er Generation	26
4.2.5 Senioren	28
4.3 Bilder und Vorstellungen von älter werdenden Menschen	28

4.3.1	Pflegebedürftige ältere Menschen.....	29
4.3.2	Moderne ältere Menschen	30
4.3.3	Sich weiterbildende ältere Menschen.....	31
4.4	Jugendlichkeit als Konzept des modernen, aktiven älteren Menschen.....	32
4.4.1	Moderne Körperkultur	32
4.4.2	Anti-Aging Programme.....	33
4.4.3	Gesundheitscheck-Up.....	34
4.4.4	Fitness und Schönheit.....	35
5	Gesundheitsmarketing: Zielgruppe aktive älter werdende Menschen.....	36
5.1	Produktpolitik	36
5.1.1	Präventionsbereich	37
5.1.2	Wellness- und Spabereich	38
5.1.3	Selbstzahlerangebote	39
5.1.4	Selbstzahlerkliniken	40
5.1.5	Sport- und Fitnessbereich	42
5.1.6	Angebote für chronisch Kranke	43
5.1.7	Gesundheitstouristische Angebote.....	45
5.1.8	Gesundheitscheck-Up für älter werdende Manager	47
5.1.9	Medikamentöse Angebote im Consumer Bereich am Beispiel von Cialis: „Helden der Liebe“	48
5.2	Kommunikationspolitik	48
5.2.1	Traditionelle Kommunikationsinstrumente.....	49
5.2.2	Innovative Kommunikationsinstrumente.....	51
6	Praxisbeispiel: Angebote für älter werdende Menschen in Baden-Baden	53
7	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen zur Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen.....	55
	Literaturverzeichnis	59
	Lebenslauf	67
	Eigenständigkeitserklärung	68

Abkürzungsverzeichnis

AVB	Allgemeine Vertragsbedingungen
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMW	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
VZBV	Verbraucherzentrale Bundesverband

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	2
Abbildung 2: Stationäre Krankenhauskapazitäten 1991 – 2002.....	11
Abbildung 3: Schnittstelle im Gesundheitswesen	13
Abbildung 4: Beteiligte am Gesundheitsmarkt	16
Abbildung 5: Demografisches Dilemma: double aging.....	18
Abbildung 6: Geburtenrate in Deutschland	19
Abbildung 7: Wanderungssaldo nach Kreisen, Durchschnitt 2006-2010.....	22
Abbildung 8: Bedürfnispyramide nach Maslow	24
Abbildung 9: Wertewandel.....	26
Abbildung 10: Merkmale der 68er Generation	27
Abbildung 11: System der Chefarztambulanz.....	40
Abbildung 12: Umsatz der größten privaten Klinikbetreiber 2012	42
Abbildung 13: Angebotssparten im Gesundheitstourismus mit fließenden Grenzen	47
Abbildung 14: Informationsquellen zu allgemeinen Themen.....	50
Abbildung 15: Erfolgsfaktoren zur Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen.....	58

1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Demografische Entwicklung, Geburtenrückgang, medizinischer Fortschritt, alternde Gesellschaft – mit diesen beispielhaften Begriffen wird derzeit nahezu jeder konfrontiert. Mittlerweile kann man die Augen nicht mehr davor verschließen, dass es immer mehr ältere Menschen gibt. Ob beim Arzt, auf der Straße, in der Stadt, in Cafés oder auf Reisen - sie sind überall anzutreffen. Aufgrund des starken Rückgangs von Neugeborenen, des medizinisch technischen Fortschritts und der daraus steigenden Lebenserwartung von älter werdenden Personen machen diese einen Großteil der Gesellschaft aus. Demnach ist es von essentieller Bedeutung, sich mit dieser Zielgruppe näher zu befassen und zunehmend auf deren Bedürfnisse und Ansprüche einzugehen, um zu versuchen, deren Lebensqualität optimal zu gestalten.

Zunächst wird der Begriff der Lebensqualität aus Sicht verschiedener Akteure des Gesundheitswesens betrachtet und definiert. Nachfolgend wird auf die demografische Entwicklung bzw. Trends und den damit einhergehenden Auswirkungen des *double aging* Dilemmas eingegangen. Um sich ein angemessenes Bild von älter werdenden Menschen machen zu können, werden verschiedene Altersgruppen, auf die der Begriff *älter werdende Menschen* zutrifft, aufgezeigt. Dabei wird der Leser für die Bedürfnisse, Ansprüche, Erwartungen und Einstellungen dieser Zielgruppe sensibilisiert. Um eine zielgruppengerechte Ansprache zu gewährleisten, müssen Unternehmen umdenken und sich oft neu ausrichten. Daher erfolgt abschließend eine Betrachtung des Gesundheitsmarketing mit der Zielgruppe aktive älter werdende Menschen in Bezug auf die Produkt- und Kommunikationspolitik.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich das Ziel dieser Arbeit: Wie kann die Lebensqualität älter werdender Menschen gefördert werden, was ist ihnen wichtig und was muss verändert oder verbessert werden?

Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Gesellschaft und gewinnt im Laufe der Jahre an Bedeutung. Ob als Unternehmen, als Klinik oder Arzt, als Reiseveranstalter oder Teil der Gesellschaft – das Wohlbefinden und die Lebensqualität von älter werdenden Menschen soll gesteigert werden. Aus diesem Grund werden Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen aufgezeigt, um genau das zu erreichen: Die Lebensqualität älter werdender Menschen zu fördern.

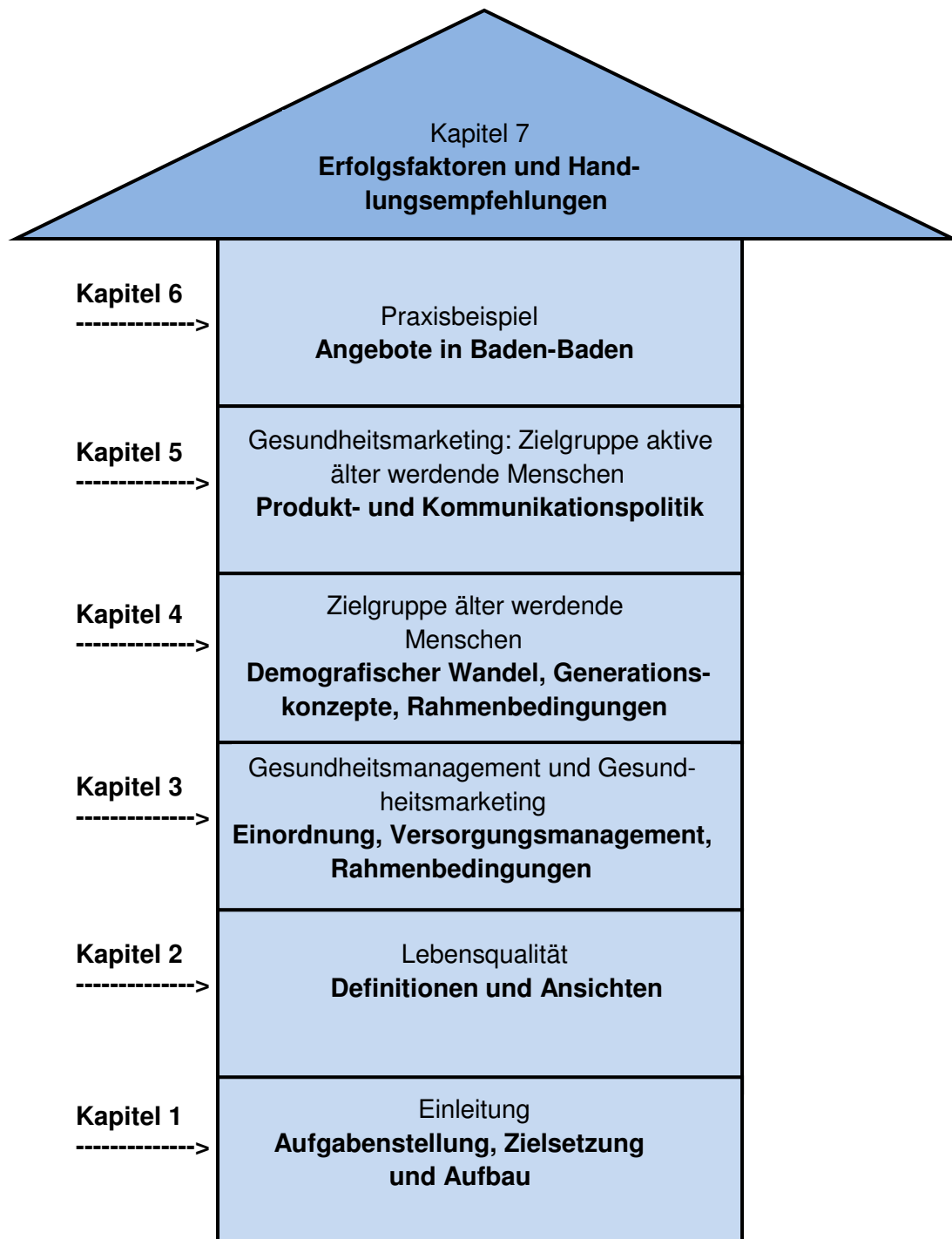


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit
(Quelle: Eigene Darstellung)

2 Lebensqualität

2.1 Definiert durch die WHO

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person von ihrer Stellung im Leben in Beziehung zur Kultur und in Bezug auf die Wertesysteme, in denen sie lebt, sowie auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen im Leben“ [Hager/ Klindtworth/ Schneider 2013, 81]. Auch wird Lebensqualität als „Subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Standards und Anliegen“ [Erlemeier 2011, 17] definiert.

Im medizinischen und gesundheitsbezogenen Bereich bezeichnet die WHO Lebensqualität, als subjektive Komponente der Qualität, als „den Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Befindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht des Patienten“ [Kreyher 2001, 36].

Oft konzentriert sich die medizinische, gesundheitsorientierte Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) auf die vier nachfolgenden Komponenten: Die körperliche Verfassung, das psychische Wohlbefinden, soziale Beziehungen sowie die funktionale Kompetenz. Funktionale Kompetenz steht hierbei im Wesentlichen für die selbstständige Alltagsbewältigung [vgl. Hager/ Klindtworth/ Schneider 2013, 82ff]. „Werden primär subjektive Aspekte von Lebensqualität aus Sicht des Patienten bzw. der Patientin erhoben, die direkt mit der Krankheit der Person zu tun haben, spricht man von der „Gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (Health Related Quality of Life)“ [Bundesamt für Gesundheit BAG 2007].

2.2 Objektive Lebensqualität definiert durch die Ärzteschaft

„Der primäre Zweck medizinischen Handelns besteht darin, positiv auf die Gesundheit der Patienten zu wirken und zudem hinsichtlich des Nutzens und der Kosten effizient zu sein“ [Aerzteblatt 2008a]. Als positive Wirkung wird in der Medizin die Anzahl der Lebensjahre eines Patienten verstanden. Durch medizinische und therapeutische Behandlungen kann sich die Lebensdauer und somit auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöhen. Doch neben der Zufriedenheit der Patienten muss immer auch

eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt und überprüft werden, inwieweit eine Behandlung als effizient gilt. Aus medizinischer Sicht ist es nicht immer einfach, die Lebensqualität eines Patienten zu beurteilen. Aus diesem Grund definiert ein Teil der Gesundheitsökonomie Gesundheitszustände in Geldeinheiten. „Der Wert einer bestimmten Gesundheitsleistung wird abgeschätzt und die Leistungsinvestition dann empfohlen, wenn der Gesundheitsleistung ein Nettonutzen zugesprochen wird“ [Aerzteblatt 2008a]. Dieser Ansatz ist jedoch umstritten, da man gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht unbedingt medizinisch bestimmen kann. Es handelt sich hierbei vielmehr um ein subjektives Erleben und Empfinden. Aus rein medizinischer Sicht kann man gesund sein, fühlt sich aber nicht gut, gleichermaßen gilt das auch im anderen Fall [vgl. Ärzteblatt 2008a]. Gesundheitsökonomisch begründete Lebensqualität unterscheidet sich von der aus ärztlicher Sicht: „Gemessene Lebensqualität ist etwas anderes als die Vorstellungen darüber, was ein gutes persönliches Leben nach einer schweren Erkrankung und schließlich noch gewonnener Restlebenszeit tatsächlich ist“ [Aerzteblatt 2008a].

Doch selbst gesundheitsbezogene Lebensqualität ist nicht ganz von philosophischen und moralischen Ansätzen zu trennen. Demnach gibt es drei unterschiedliche Auffassungen: Die *hedonistische Theorie*, die *Wunschtheorie* sowie die *objektive Theorie*. Die *hedonistische Theorie* definiert ein gutes Leben über die Zustände des subjektiven Wohlbefindens. Im Mittelpunkt eines guten Lebens steht das Glück, es ist ein zentrales Gut für den Menschen. Demnach ist ein gutes Leben einhergehend mit einem glücklichen Leben. Die *Wunschtheorie* wiederum besagt, dass es Menschen genau dann gut geht, wenn sich ihre aktuellen und informierten Wünsche erfüllen. Wenn sich ein Mensch wohlfühlt, ist somit auch seine Lebensqualität höher und subjektives Wohlbefinden wird ermöglicht, indem die eigenen Wünsche befriedigt werden. Doch subjektives Wohlbefinden kann nicht der alleinige Indikator für eine hohe Lebensqualität sein. So setzen sich die Menschen nicht nur Wohlfühlerfahrungen zum Ziel, sondern generell Erfahrungen, die sie für gut und richtig halten, beispielsweise das Streben nach Selbstbestimmung bzw. Autonomie. Eigene Entscheidungen zu treffen und mit ihren Konsequenzen zu leben, ist zwar nicht immer positiv, doch sind negative Erfahrungen für ein autonomes und selbstbestimmtes Leben wichtig und lohnenswert. Bringt der Wunsch dem Individuum keinerlei Nutzen, so ist diese Theorie als fraglich zu betrachten. In der Regel handelt es sich hierbei um aktuelle Wünsche. Aus diesem Grund müssen Wünsche auch informiert sein, d.h. der Wunsch beruht nicht auf falschen Überzeugungen. Doch das bedeutet nicht zwangsläufig, dass sobald die Medizin diese

informierten Wünsche erfüllt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch gut ist [vgl. Aэрzteblatt 2008a]. „Nur wenn sich damit auch etwas an dem subjektiven Zustand der Person ändert“ [Aэрzteblatt 2008a]. Die *objektive Theorie* „ist der Auffassung, dass das menschliche Leben bestimmte zentrale und universale Eigenschaften besitzt, die kennzeichnend sind und die die elementaren menschlichen Bedürfnisse und damit eine Liste zur Lebensqualität begründen“ [Aэрzteblatt 2008a]. Interessant ist dem Ansatz zu folgen, wie diese Bedürfnisse definiert sind und was das Gesundheitssystem dementsprechend bewirkt, um eine höhere Lebensqualität zu erreichen. Zu den elementaren menschlichen Funktionsfähigkeiten gehören beispielsweise, das eigene Leben so lange zu leben, bis es nicht mehr gut ist, es im sozialen Kontext sowie autonom und aufgeklärt zu leben [vgl. Aэрzteblatt 2008a].

Ein entscheidendes Kriterium für die Bewertung der Qualität stellt der Nutzen medizinischer Verfahren für den Patienten dar, also die Lebensqualität beispielsweise in Form einer Verlängerung und Verbesserung des Lebens im Onkologiebereich. Dementsprechend spielt die Bewertung der Qualität in Bezug auf medizinische Entscheidungen eine wichtige Rolle [vgl. Kreyher 2001, 36].

Erst seit den 60er Jahren wurde der Begriff Lebensqualität als philosophisches, politisches, ökonomisches und sozialwissenschaftliches Konstrukt in der Pflege sowie in der Medizin gebräuchlich gemacht. Thematisiert wurde Lebensqualität vor allem in Bereichen, bei denen man über das rein medizinisch-mechanistische Denken hinausgehen musste, zum Beispiel in der *Palliativmedizin*. Wenn alle kurativen Möglichkeiten bei einem Patienten ausgeschöpft sind, konzentriert man sich zunehmend darauf, dass die quälenden Symptome bzw. Schmerzen erleichtert werden und eine gute Lebensqualität aufrechterhalten bleibt (vgl. Hager/ Klindtworth/ Schneider 2013, 82].

2.3 Subjektive Lebensqualität aus Sicht des Gastes, Patienten, Kunden und Verbrauchers

Für den einen ist ein gutes Glas Wein am Abend ein Zeichen von Lebensqualität, für den anderen ein delikates Essen. Ein ganz anderer wiederum empfindet Sport und das Gefühl, etwas für seinen Körper getan zu haben, als Lebensqualität.

Ob in einer Praxis oder einer Klinik, die erbrachte Leistung wird immer von der subjektiven Wahrnehmung der Qualität durch den Patienten bewertet und bestimmt, man

spricht hier von der kunden- und patientenorientierten Qualität. Ein entscheidendes Einflusskriterium für die Beurteilung der Lebensqualität und Zufriedenheit durch den Patienten ist die wahrgenommene, erlebte Qualität der erbrachten Leistungen. Dabei geht es zum einen um die *technische Qualität*, also dem, *was* der Patient oder der Kunde erhält, zum Beispiel in Form einer Physiotherapie (Tech-Dimension). Zum anderen, und das ist viel entscheidender, geht es vor allem um die *funktionale Qualität*, also um die Art und Weise, *wie* die Dienstleistung erbracht wird bzw. *wie* der Patient beispielsweise die Physiotherapie erlebt (Touch-Dimension) [vgl. Kreyher 2001, 36].

Die Wahrnehmung eines Menschen mit all seinen Erwartungen an das Leben bestimmt also seine Lebensqualität. Dabei spielt der kulturelle Rahmen eine Rolle, denn er beeinflusst den Erwartungshorizont. Der Unterschied zwischen dem, was ein Mensch erwartet und dem, was tatsächlich realistisch vorhanden ist, bestimmt ebenso die Lebensqualität. Wichtig zu sagen ist außerdem, dass sich die Erwartungen im Laufe des Lebens ändern, ein junger Mensch hat andere Ziele und Erwartungen als ein alter Mensch. Damit sind Erwartungen dynamisch. Je älter die Menschen werden, umso mehr spielt die Gesundheit in deren Leben eine Rolle, da in der Jugend Gesundheit meistens vorausgesetzt wird. Außerdem kann sich die Lebensqualität sehr schnell ändern, beispielsweise wegen eines schweren Verlustes oder einer plötzlichen ernstzunehmenden Erkrankung. Somit ist Lebensqualität subjektiv, kulturabhängig, multidimensional und dynamisch. Doch wichtig sind nicht nur subjektive, sondern auch objektive Faktoren, wie zum Beispiel materielle Verhältnisse oder die allgemeine Wohnsituation. Bei den subjektiven Faktoren spielen sowohl positive als auch negative Aspekte oder Erwartungen an die Zukunft eine wichtige Rolle. Wenn man zufrieden mit sich und seinem Leben ist, kann die Lebensqualität steigen, wenn jedoch Sorgen und Ängste im Vordergrund stehen, wird sie vermindert. Im Gegensatz dazu stellen objektive materielle Bedingungen bzw. Voraussetzungen nur einen Faktor dar, denn während schlechter Wohn- oder materieller Bedingungen kann individuell durchaus eine hohe Lebensqualität empfunden werden. In der Regel ist eine hohe Lebensqualität automatisch mit einer hohen Lebenszufriedenheit verbunden, sie gehen oft auch miteinander einher [vgl. Hager/ Klindtworth/ Schneider 2013, 81ff].

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Beurteilung der Qualität des Patienten auf der einen Seite aus den subjektiven Erwartungen, auf der anderen Seite aus den wahrgenommenen Erfahrungen resultiert. Dies bedeutet, dass sich zum einen aus den Erwartungen an die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit (Potentialqualität) die Beurteilung der Qualität ergibt. Beeinflusst und ausgelöst wird sie durch Empfehlungen und

Informationsmedien, aber auch durch die Atmosphäre, die der Patient erlebt und die Qualifikation der Ärzte und des Personals. Zum anderen entwickelt sich die Qualitätsbeurteilung auch aus den Wahrnehmungen, während die Leistung ausgeführt wird (Prozessqualität). Diese Wahrnehmungen beziehen zum Beispiel die erlebte ärztliche und pflegerische Betreuung und die erlebten Interaktionen mit den Mitarbeitern mit ein. Nicht zu unterschätzen sind die Art und Weise, wie und ob der Patient in Entscheidungen und Handlungen miteinbezogen und integriert wird. Ebenso wichtig und entscheidend für die Qualitätsbeurteilung sind die Ergebnisse der erbrachten Dienstleistung und die damit einhergehende subjektive Zufriedenheit des Patienten mit den Resultaten (Ergebnisqualität), zum Beispiel der Wiederherstellung oder Steigerung des Gesundheitszustandes. Da alle medizinischen Leistungen immateriell sind, sind sie nicht transportfähig oder greifbar. Erst wenn der Patient die Leistung in Anspruch nimmt, entsteht die tatsächliche medizinische Leistung. Entscheidend für die vorherige Beurteilung der Qualität der Leistung ist vor allem, wie der Leistungsanbieter, ein Arzt beispielsweise, mit dem Patienten kommuniziert und ob eine Vertrauensbasis zwischen ihnen geschaffen werden kann. [vgl. Kreyher 2001, 37].

Nun wird *Lebensqualität im höheren Lebensalter* betrachtet. Mit zunehmendem Alter verändern sich viele Dinge. Einerseits sollte sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens an diese Veränderungen anpassen und andererseits diesen Veränderungen auch mit Widerstandsfähigkeit begegnen. Wenn gewisse Fähigkeiten verloren gehen, das Trauern darum aber gelingt und das Altern in die eigenen Erwartungen integriert wird, so passt sich auch der jeweilige Erwartungshorizont an. Die Lebenszufriedenheit wird dadurch um einiges größer sein, als wenn aufgrund des Älterwerdens Verluste hervorgerufen und damit nicht umgegangen werden kann oder geänderte Lebensbedingungen im Alter nicht angenommen werden. Da Schmerzen im höheren Alter gewissermaßen erwartet werden, können Schmerzen, die beispielsweise aufgrund abgenutzter Gelenke auftreten, auch in einem gewissen Rahmen akzeptiert werden. Werden die Schmerzen als Teil des Lebens akzeptiert, so wird auch die Lebensqualität höher sein. Betrachtet man das vergangene Leben als gelungen, so wird man auch im Alter zufriedener sein [vgl. Hager/ Klindtworth/ Schneider 2013, 84].

Weitere wichtige Punkte für eine hohe Lebensqualität sind zum einen die Mobilität im Alter, zum anderen die Selbstbestimmtheit. Gerade im höheren Alter ist es zunehmend von Bedeutung, trotz Pflegebedürftigkeit einigermaßen bewegungsfähig zu sein. „Mobil zu sein, trage für Pflegebedürftige entscheidend zur Gesundheit und Lebensqualität bei“ [Aerzteblatt 2013]. Autonom und selbstbestimmt das eigene Leben im Alter führen,

das wollen 80% der Deutschen über 45 Jahre. Sie wollen im höheren Alter, trotz gewisser körperlicher Einschränkungen, in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben. Die größte Angst bei der Hälfte aller Deutschen über 45 ist, später ein Pflegefall zu werden und abhängig von anderen Menschen zu sein [vgl. Ärzteblatt 2011].

2.4 Definiert durch Verbraucherschützer- und verbände

„Voraussetzung für wirksamen Verbraucherschutz sind gut informierte Verbraucherinnen und Verbraucher“ [vzbv 2010]. Wie man sieht, steht im Bezug auf die Lebensqualität der Verbraucherschutz an erster Stelle. Umfassend und wirkungsvoll soll der Verbraucherschutz sein und ist damit eine Grundvoraussetzung für eine gute Lebensqualität. Die Verbraucher sollen besser informiert und damit besser geschützt werden. Der Fokus liegt hierbei auf der Verbraucherkompetenz, die gestärkt werden muss. [vgl. vzbv 2010]. „Nur wer gut und praxistauglich über Chancen und Gefahren aufgeklärt ist, kann seine Rechte als Verbraucher auch wahrnehmen“ [vzbv 2010]. Die Verbraucherschutzpolitik möchte in Bezug auf älter werdende Menschen beispielsweise mehr in die Aufklärung von Kostenfallen bei telefonischen Vertragsangeboten investieren. Des Weiteren trägt die Stärkung der rechtlichen Position der Verbraucher zu einer besseren Lebensqualität aus der Sicht von Verbraucherschützern bei. Nach wie vor gelingt es nicht jedem Verbraucher, sein Recht auch geltend zu machen. Das angestrebte Ziel ist eine qualitativ hochwertige Verbraucherberatung, die in alle Landesteile hineinwirkt und geltend gemacht wird [vgl. vzbv 2010].

Ein weiterer essentieller Bestandteil der Lebensqualität ist die Selbstbestimmung des Patienten, vor allem im Falle von chronisch kranken Menschen. Die Patienten sollen sich aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung beteiligen können, selbst mitentscheiden und mitbestimmen. Gerne wird die Entscheidungsmacht in die Hände der Ärzte gelegt, doch immer weniger Menschen bevorzugen diese Bequemlichkeit. Auch bei pflegebedürftigen älteren Menschen steht die Selbstbestimmung nach wie vor im Vordergrund. Sie wollen individuelle Entscheidungen treffen können. Daher ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Rechte und dementsprechende Angebote kennen. Eine große Entscheidungshilfe bietet hier die deutsche Pflege-Charta. „Der Diskurs um gute Pflege und Lebensqualität muss dauerhaft auf allen Ebenen und mit allen Beteiligten - insbesondere aber den Betroffenen, geführt werden“ [vzbv 2009].

3 Gesundheitsmanagement und Gesundheitsmarketing

3.1 Gesundheitsmanagement und Versorgungsmanagement

Beim *Gesundheitsmanagement* handelt es sich um die Planung, Organisation, Steuerung sowie Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen. Darüber hinaus betrifft es die Führung bestimmter gesundheitspositionierter Institutionen und Einrichtungen in Bezug auf die Versorgung im Krankheitsfall, der Rehabilitation und der Pflege. Gesundheitsdienstleistungen bedeuten in diesem Zusammenhang menschliche Dienstleistungen an, mit und für Menschen, die kurz- oder langfristig auf die Hilfe Dritter angewiesen sind [vgl. Niehoff 2008, 1].

Essentielle Aufgabe des Gesundheitsmanagements bildet außerdem die Ausgestaltung der gesundheitlichen Grundversorgung, sprich Prävention, medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege. Um dies erfolgreich ausführen zu können, ist jedoch ein Grundverständnis gesundheitswissenschaftlicher Zusammenhänge von Nöten. Ein Gesundheitsmanager sollte sich daher mit der Problematik der Versorgungsstrukturen auskennen, denn die Aufgaben reichen über übliche *technische* Managementaufgaben hinaus [vgl. Niehoff 2008, 22].

Hinter dem Begriff *Versorgungsmanagement* verbirgt sich „die aktive Gestaltung des Versorgungsprozesses der Versicherten vor, parallel zur und nach der Leistungserbringung im Gesundheitswesen“ [Müller, Engelmeyer 2013, 294]. Auf der einen Seite soll die gesamte Versorgungssituation verbessert, auf der anderen Seite Kosten gesenkt und Schnittstellenprobleme im sektorierten Gesundheitssystem gelöst werden [vgl. Müller/ Engelmeyer 2013, 294].

3.1.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Grundsätzlich versteht man unter ambulanter Versorgung alle diejenigen Leistungen einer Behandlung, die nicht in oder von einer Klinik (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken) durchgeführt werden. Den größten Bereich stellt hier die ambulant ärztliche und zahnärztliche Versorgung dar. Abgesehen davon gibt es die Bereiche der physiotherapeutischen –und Heilmittelversorgung. In Deutschland können Patienten und Patientinnen frei wählen, welchen Arzt oder Einrichtung sie be-

vorzugen, sofern diese zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012, 1].

„Die meisten gesundheitsbezogenen Anliegen und Probleme älterer Menschen können im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung gelöst werden.“ [Seidel/ Schneider/ Möller 2013, 22]. Ältere Menschen stellen die größte Patientengruppe in den Praxen der Hausärzte dar. Für die meisten älteren Menschen ist der eigene Hausarzt weit mehr als nur ein Arzt, er ist in vielen Fällen oft der erste Ansprechpartner. Betrachtet man die erwachsene Bevölkerung in Deutschland, so haben über 90% einen festen Hausarzt, bei den über 65-Jährigen steigt der Anteil auf 96%. Diese Altersgruppe sucht ihren Hausarzt im Schnitt sechsmal auf, während multimorbide Patienten in der Regel doppelt so viele Hausarztkontakte aufweisen [vgl. Seidel/ Schneider/ Möller 2013, 22]. Insbesondere älter werdende Frauen suchen immer weniger Spezialisten auf, weswegen der Hausarzt immer mehr zur zentralen Figur bezogen auf die ambulante Versorgung von älteren Menschen wird. Rund zwei Drittel der gesetzlich Versicherten, die über 65 und multimorbide sind, weisen im Durchschnitt sechs chronische Krankheiten auf. Neben den 12 Kontakten mit ihrem Hausarzt suchen sie trotzdem pro Jahr fünf unterschiedliche Spezialisten auf. Daraus ergeben sich jährlich insgesamt 24 Praxiskontakte, ein Arztbesuch innerhalb von zwei Wochen [vgl. van den Busche/Schön/Koller 2013, 146].

Ambulante Behandlungen oder stationersetzende Eingriffe können aber auch in Krankenhäusern durchgeführt werden, doch eine Verpflichtung seitens der Klinik besteht nicht. Entschließt sich ein Krankenhaus zu ambulanten Durchführungen, so muss dies den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen, den KVs sowie dem Zulassungsausschuss mitgeteilt werden [vgl. Goepfert/Conrad 2013, 12]. Welche Eingriffe durchgeführt werden dürfen, „regelt eine auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Vereinbarung [Goepfert/Conrad 2013, 12]. Des Weiteren kann ein Krankenhaus ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) einrichten und somit die Ermächtigung zur vertragsärztlichen bzw. ambulanten Versorgung erhalten. Dort können freiberufliche sowie angestellte Ärzte tätig sein. Voraussetzung eines MVZ ist aber, dass es fachübergreifend ist, also über mindestens zwei unterschiedliche ärztliche Fachrichtungen verfügt [vgl. Goepfert/Conrad 2013, 12].

3.1.2 Stationäre Versorgung

Im Rahmen der GKV unterteilt sich die stationäre Versorgung in Deutschland in zwei große Bereiche: Zum einen in den Bereich der Krankenhausversorgung und zum anderen in den der stationären medizinischen Rehabilitation. Rund ein Drittel der Ausgaben der GKV entfällt auf die stationäre Versorgung der Akutkrankenhäuser.

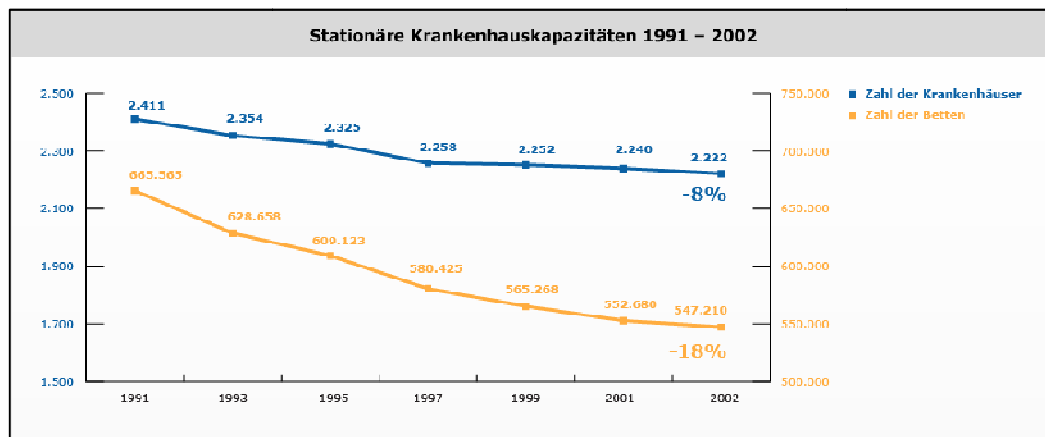


Abbildung 2: Stationäre Krankenhauskapazitäten 1991 – 2002
 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2012)

Wie die oben dargestellte Grafik zeigt, gab es in Deutschland im Jahr 2002 ca. 2.222 Akutkrankenhäuser mit insgesamt 547.210 Betten, das bedeutet, auf 10.000 Einwohner konnten rund 65,7 Akutbetten verteilt werden. Vergleicht man die Zahlen mit denen vom Jahr 1991, so wird deutlich, dass die Zahl der Krankenhäuser um 8% und die Zahl der Betten um ca. 18% zurückgegangen ist [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012, 1].

Sofern ein Verdacht einer schwerwiegenden akuten Erkrankung besteht, die einen längeren Aufenthalt im Krankenhaus sowie eine medizinische Überwachung des Patienten erfordert, können Versicherte der GKV ihren gesetzlichen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus geltend machen. Im Vorfeld muss durch das Krankenhaus geprüft werden, ob das Ergebnis der Behandlung nicht durch eine vor-, nach- oder teilstationäre bzw. eine ambulante Behandlung erreicht werden könnte [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012, 1]. Die vorstationäre Behandlung soll überprüfen, ob eine stationäre Aufnahme nötig ist. Stellt sich heraus, dass die Behandlung auch teilstationär oder ambulant erfolgen kann, hat der Patient keinen Anspruch auf eine Aufnahme. Wird jedoch festgestellt, dass eine stationäre Behandlung notwendig ist, können ambulante Behandlungen wie ein MRT im Rahmen der

Voruntersuchung durchgeführt werden. Diese Art von ambulanter Behandlung ist fünf Tage vor der stationären Aufnahme an maximal bis zu drei Tagen erlaubt. Eine nachstationäre Behandlung wiederum darf nur dann erfolgen, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht mehr nötig ist, aber das Krankenhaus zur Sicherstellung eine Nachbehandlung als notwendig ansieht. Die Dauer der nachstationären Behandlung ist auf sieben Tage innerhalb von 14 Tagen begrenzt. In besonderen Fällen ist eine Verlängerung bis zu drei Monaten möglich [vgl. Goepfert/Conrad 2013, 8ff].

Da die stationäre Krankenhausbehandlung immer mit hohen Kosten verbunden ist, sollten Behandlungsformen, die weniger kostenintensiv sind, in der Regel bevorzugt werden. Wird ein Patient jedoch zu einer stationären Behandlung aufgenommen, muss im Vorhinein eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt ausgestellt werden. Ausnahmen gibt es üblicherweise nur bei Notfällen oder Privatpatienten [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012, 1]. Bei der stationären Versorgung müssen die erbrachten Leistungen nach §12 SGBV „[...] ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ [Goepfert/Conrad 2013, 7]. Betrachtet man den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses, so muss zwischen einer *voll- und teilstationären Behandlung* unterschieden werden. Bleibt der Patient mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus und beansprucht somit für diesen gesamten Zeitraum ununterbrochen eine Versorgung, so handelt es sich um einen vollstationären Aufenthalt. Von einer teilstationären Behandlung spricht man, wenn die Behandlung des Patienten nicht zwingend auf den gesamten Tag beschränkt ist. Der Aufenthalt insgesamt erstreckt sich zwar über einen längeren Zeitraum, doch der Patient muss sich nicht ununterbrochen im Krankenhaus aufhalten [vgl. Goepfert/Conrad 2013, 5f].

3.1.3 Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung ist weder der stationären noch der ambulanten Behandlung zuzuordnen, doch ist dieser eigene Versorgungstyp sehr wichtig zu beleuchten. Wegen eines grundsätzlich fehlenden Zusammenspiels zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, gleich, ob es um die Behandlung des Arztes, die akut stationäre Versorgung in einer Klinik oder die Rehabilitation selbst geht, liegt hinter diesem Konzept eine *sektorenübergreifende* Form der Versorgung. 2000 wurde das GKV-Gesundheitsreformgesetz verabschiedet. Damit wurde eine Rechtsgrundlage für eine integrierte Versorgung, mit dem Ziel, die Probleme und Nachteile der Sektorentren-

nung zu beseitigen, geschaffen [vgl. Klusen/Meusch/Thiel 2011, 34f]. Die integrierte Gesundheitsversorgung beinhaltet eben alle Bereiche der zu erbringenden Leistungen für den Patienten und zwar im übergreifenden Sinne [vgl. Kreyher 2001, 45f]. Somit bietet die Integrierte Versorgung ein „breites Spektrum möglicher sektorübergreifender oder interdisziplinär-fachübergreifender Vertragsgestaltungen mit Gruppen von Leistungserbringern an“ [Hess/Klakow-Franck 2005, 47].

Derzeit ist das deutsche Gesundheitssystem von zahlreichen *Schnittstellen* geprägt, was immer mögliche Bruchstellen im Versorgungsprozess darstellt. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich zum einen um interne (Abläufe innerhalb einer Einrichtung) oder um externe Schnittstellen (das Verhältnis zwischen verschiedenen Einrichtungen/Berufsgruppen oder zwischen Leistungsträgern und -erbringern) handelt [vgl. Müller/ Engelmeyer 2013, 294].

Auch die große Schnittstelle zwischen der Versorgung im stationären und dem Übergang in den ambulanten Bereich ist problematisch. Wenn es um zeitkritische Prozesse, wie die zügige Nachsorge nach einem Schlaganfall geht, ist eine optimale und rasche Abstimmung von großer Bedeutung, da gerade in der Frühphase der Versorgung erhebliche Verbesserungen erzielt werden können. Verzögerungen im Ablauf gefährden somit eine sofortige Versorgung, beispielsweise bei dem Vereinbaren eines Termins beim Hausarzt oder mangelndem Budget für die Physiotherapie [vgl. Zens/Steinhagen-Thiessen 2013, 94f].

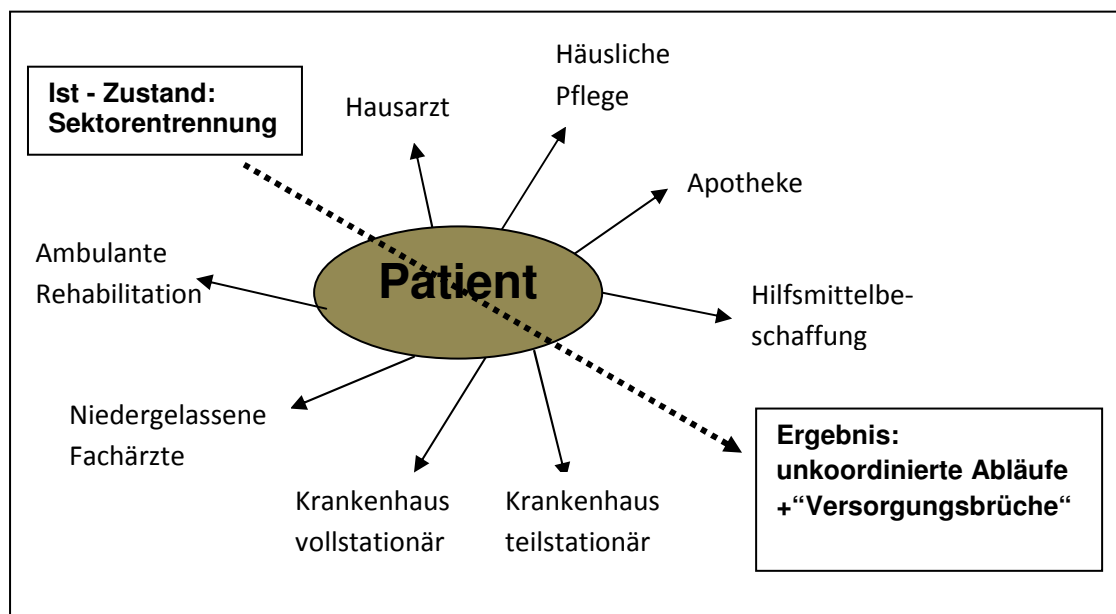


Abbildung 3: Schnittstelle im Gesundheitswesen
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zens/Steinhagen-Thiessen 2013, 95)

Ziel der Integrierten Versorgung ist es einerseits, die Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren, andererseits die Qualität der Gesundheitsversorgung der Patienten zu verbessern. Indem man die einzelnen Fachdisziplinen und die Sektoren (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehaklinik, aber auch Apotheken und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens) miteinander vernetzt und sektorenübergreifend arbeitet, können die zuvor aufgeführten Ziele erreicht und die Schnittstellenproblematik gelöst werden [vgl. Goepfert/Conrad 2013, 15]. Allerdings muss hierfür ein Vertrag mit den Krankenkassen eingegangen werden, „der Gegenstand, Umfang und Vergütung der neuen Versorgungsform ausgestalten muss“ [Goepfert/Conrad 2013, 15].

3.1.4 Disease Management

Disease-Management-Programme wurden für Patienten, die an chronischen Erkrankungen leiden, als gesetzlich vorgeschriebene Behandlungsprogramme eingeführt. Zunächst nur für den Diabetes mellitus, danach für die koronare Herzkrankheit, das Asthma bronchiale, die COPD sowie den Brustkrebs [vgl. Aerzteblatt 2014]. Die Qualität der Leistung, aber auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sollten optimiert werden. Über den gesamten Krankheitsverlauf werden alle Therapiemaßnahmen, von der Behandlung, über die Reha bis hin zur Pflege, funktions- und sektorenübergreifend aufeinander abgestimmt [vgl. Bundesärztekammer 2007]. Doch sind „nicht nur die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Interaktionen zwischen Leistungserbringern, Kassen und Patienten innerhalb der Behandlungsprogramme festgelegt worden, sondern ebenso schnell wurden auch umfangreiche medizinische Details zu Diagnostik und Therapie in rechtsverbindliche Formen gegossen“ [Bundesärztekammer 2012]. Das Ziel bei Diabetes mellitus war vor allem, schwerwiegende Folgeerkrankungen (Erblindung, Amputationen, Niereninsuffizienz und kardiovaskuläre Erkrankungen) zu vermeiden. Dazu wurden für jede Versorgungsebene verordnungsrechtliche Aufgabenbeschreibungen vorgegeben, so etwa zur Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen oder zur medikamentösen Versorgung [vgl. Aerzteblatt 2014]. Unter Einsatz von Leitlinien sollen qualitativ hochwertige Behandlungsprogramme gefördert und gleichzeitig unwirksame, schädliche und unnötige Verfahren zurückgefahren werden, möglichst unter dem Aspekt des nachweisbaren medizinischen Nutzens (Evidence-Based-Medicine) [vgl. Kreyher 2001, 40].

3.2 Gesundheitsmarketing

Ganz allgemein kann Gesundheitsmarketing dadurch definiert werden, dass „bewährte Marketingmethoden und -techniken auf den Gesundheitsmarkt übertragen werden“ [Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 8]. Konkret sind damit alle Maßnahmen eines Unternehmens, um gesundheitsassoziierte Leistungen und Produkte zu vertreiben und gesundheitsbewusste Konsumenten mit einem Leistungsangebot anzusprechen, gemeint. Außerdem gibt es auch übergeordnete Sichtweisen auf das Gesundheitsmarketing, die entwickelt wurden. Der in den USA in den 70er Jahren geprägte Begriff *Healthcare-Marketing* hat im deutschen Gesundheitsmarkt erst seit wenigen Jahren an Bedeutung gewonnen. Hinter diesem Begriff verbirgt sich der gesamte Prozess der gesundheitlichen Versorgung. Angefangen bei der Vorsorge, über die Diagnose sowie Therapie bis hin zur Nachsorge. Daher sind ganz unterschiedliche Anspruchsgruppen für das Healthcare-Marketing relevant, z.B. Vorsorgeeinrichtungen, Arztpraxen und Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen [vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 8ff].

Die Gesundheitsbranche hat sich in den letzten Jahren stark verändert, denn Wirtschaftlichkeit und Kundenorientierung rücken immer mehr in den Fokus. Demnach ist das Thema Gesundheitsmarketing immer entscheidender für Unternehmen, um die vorherrschenden Marktbeziehungen optimal steuern und gestalten zu können. Entscheidend für den Erfolg ist aber, sich den Marktgegebenheiten anzupassen und Chancen zu erkennen (Marktorientierung), genauer gesagt sich an den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, gesellschaftlichen Trends, den Gesetzen, der Bedarfslage sowie den Wettbewerbsverhältnissen auszurichten. Doch kein Unternehmen ist erfolgreich, wenn es sein Produkt nicht auf seine Zielgruppe abstimmt und deren Bedürfnisse, Erwartungen und Einstellungen beachtet. Alle Entscheidungen und Vorgehensweisen müssen stets auf die Zielgruppe ausgerichtet sein (Zielorientierung) [vgl. Kreyher 2001, 3ff]. Wie vorangegangen erwähnt, orientiert sich das Gesundheitswesen zunehmend marktwirtschaftlich. Aus diesen Gründen sind für die Akteure des Gesundheitsmarktes die aktive und bewusste Gestaltung der Marktbeziehungen zwischen den Partnern von großer Bedeutung. Hierfür bewähren sich die Strategien und Techniken des Marketings. Am Gesundheitsmarkt sind folgende Gruppen beteiligt [vgl. Kreyher 2001, 5]:

Auf der einen Seite stehen die *Patienten* als Kunden, Verbraucher und Leistungsempfänger. Dazu zählen auch deren Angehörige, Interessenvertreter sowie Patientengruppen. Bei den *Leistungserbringern* sind vor allem Ärzte, Arztpraxen und Krankenhäuser,

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu nennen, aber auch Apotheken oder Therapeuten. Die gesetzlichen Krankenkassen und private Krankenversicherungen zählen zu den *Kostenträgern* und den Leistungsfinanzierern. Zu den beteiligten *Unternehmen* gehören insbesondere die Pharma-, Medizintechnik- und Medizinprodukte-Industrie. Als letztes ist die *interessierte Öffentlichkeit* zu nennen, also Verbände, Ämter und Kammern, die Politik sowie Medien. Aber auch Gesundheits- und Sozialorganisationen und –institutionen sind zu nennen [vgl. Kreyher 2011, 5].

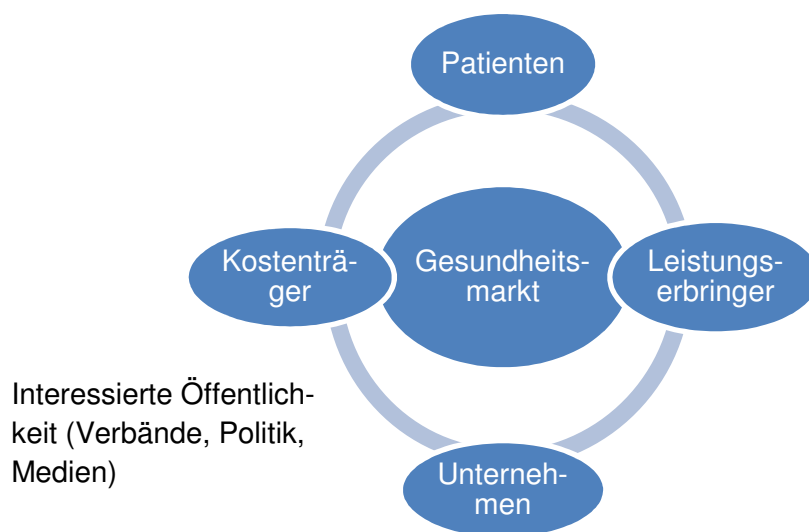


Abbildung 4: Beteiligte am Gesundheitsmarkt
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kreyher 2001, 5)

Eine weitere Betrachtungsweise des Gesundheitsmarketings bietet Hoyer (2007). Er sieht das Gesundheitsmarketing als einen Bestandteil des *Dienstleistungsmarketings*. Hoyer zufolge wird Gesundheit als ein Gut definiert, das das Bedürfnis nach dem Erhalt bzw. des Wiederherstellen des Gesundheitszustandes befriedigen soll. Demnach weist ein Gesundheitsgut charakteristische Merkmale von Dienstleistungen auf, wie beispielsweise Immaterialität oder Behandlungsleistungen, da sie nicht transportfähig sind. Außerdem ist der Patient bzw. Konsument an der Erstellung der Leistung maßgeblich beteiligt. Deswegen ist die Bildung von Vertrauen, Zufriedenheit und Kundenbindung in der Marketingplanung und -umsetzung von zentraler Bedeutung [vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 10].

Es gibt vielerlei Ansichten, wie und woraus sich das Gesundheitsmarketing nun entwickelte. So entstand es beispielsweise aus akademischer Sicht als Schnittmenge von verschiedenen Disziplinen wie der Medizin, der Kommunikationswissenschaft, der Be-

triebswirtschaftslehre oder dem Dienstleistungsmanagement. Mai/Schwarz/Hoffmann setzen ihren Fokus allerdings auf Marketing, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsökonomie. Diese drei Disziplinen sind für sie von besonderer Relevanz in Bezug auf das Gesundheitsmarketing.

Aus der Sicht des *Marketing* geht es beim Gesundheitsmarketing in erster Linie um die Maßnahmen, die gesundheitsbezogene Produkte, Dienstleistungen oder Kampagnen zu entwickeln, aber auch zielgruppengerechte Bedürfnisse und Erwartungen zu analysieren und anhand dessen das Leistungsangebot entsprechend zu gestalten. Die Beweggründe für das gesundheitsbewusste Verhalten der Zielgruppe müssen nachvollziehbar sein, um die relevanten Zielgruppen auch konkret anzusprechen.

Deswegen ist der Aspekt der *Gesundheitspsychologie* ebenso von elementarer Bedeutung. Sie untersucht, wie Menschen gesundheitliche Risiken und Defizite empfinden und versucht, mögliche Ursachen zu finden, warum es manchen Menschen besser gelingt, sich einen gesunden Lebensstil anzugewöhnen und danach zu leben [vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 10f].

Die *Gesundheitsökonomie* als solches ist vom Gesundheitsmarketing nicht zu trennen. Sie befasst sich mit „der Produktion und der Verteilung knapper Wirtschaftsgüter“ [Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 11]. Es liegen gewisse Informationsdefizite für gesundheitsbezogene Produkte sowie Dienstleistungen und Präferenzen vor, was eine Fehlverteilung der Ressourcen zur Folge hat. Die Gefahr eines Marktversagens besteht somit, daher müssen gesetzliche Regelungen seitens des Staates geschaffen werden. Dies bedeutet aber auch, dass es Einschränkungen bezüglich bestimmter Marketingmaßnahmen gibt [vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012, 11].

4 Zielgruppe älter werdende Menschen

4.1 Demografische Entwicklung/Trends

Neben der Globalisierung wird die demografische Entwicklung oft als Megatrend bezeichnet, sie hat vielfältige Auswirkungen, sowohl auf die Gesellschaft als auch auf die wirtschaftliche und politische Entwicklung eines Landes. In nahezu allen Lebensbereichen wirkt sich dieser Wandel aus: Die Folgen betreffen zum einen den Arbeitsmarkt, zum anderen die Sozialversicherungssysteme. Außerdem verschiebt sich das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern. Eine weitere Auswirkung des demografischen Wandels stellt die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen aufgrund des schrumpfenden Pflegekräftepotentials dar. Es wird deutlich, dass es sich hierbei um einen vielschichtigen und komplexen Prozess handelt. Aufgrund veränderter demografischer Verhaltensweisen, wie beispielsweise das generative Verhalten, also das Geburtenverhalten, das Heirats- und Scheidungs-, das Gesundheits- oder auch das Mobilitätsverhalten, verändern sich auch die demografischen Strukturen, d.h. die Altersstruktur, die Struktur der Lebensformen und Haushalte oder die regionale Bevölkerungsverteilung. Ergebnisse solcher Prozesse sind die Alterung und Schrumpfung der deutschen Bevölkerung [vgl. Burger 2013, 2].

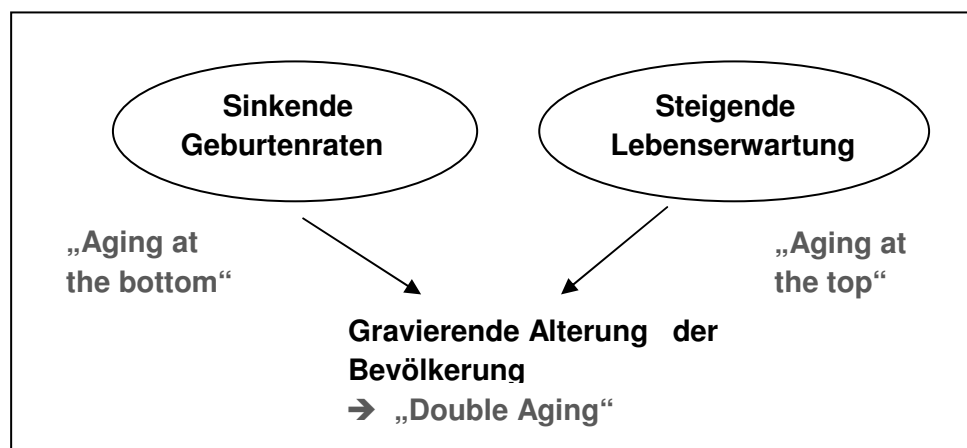


Abb.5: Demografisches Dilemma: double aging
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zens/Steinhagen-Thiessen 2013, 90)

Die vorherige Abbildung zeigt das Phänomen des doppelten Alterns (double aging), zum einen die Alterung der Bevölkerung *von unten* sowie die Alterung der Bevölkerung *von oben*. Ersteres ergibt sich aus dem anhaltend niedrigen Geburtenniveau in Deutschland. 1960 bekam eine Frau in Durchschnitt noch 2,3 Kinder, diese Jahrgänge

erreichen in den kommenden Jahren das Rentenalter [vgl. Burger 2013, 3]. Genaugenommen zählte man 1964 noch ca. 1,4 Mio. Neugeborene. Mit der Einführung der Anti-Baby-Pille sank die Geburtenrate vor allem am Ende der 60er Jahre drastisch, 1972 erreichte sie erstmals einen Tiefpunkt von unter einer Million. Seitdem stabilisierte sich der Rückgang ein wenig, doch seit 1991 erkennt man wieder ein deutliches Absinken. 2012 wurden 673.500 Neugeborene gezählt [vgl. Statistisches Bundesamt 2013].

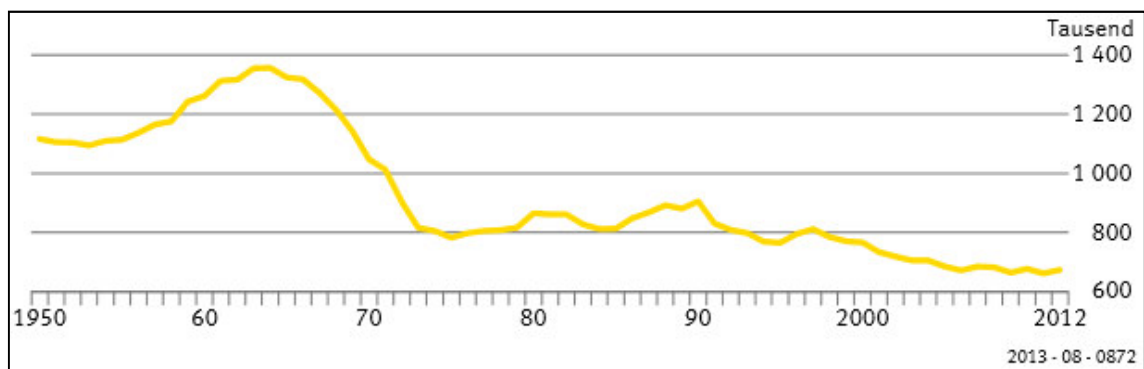


Abbildung 6: Geborene in Deutschland
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

Die Ursache des Alterns der Menschen liegt am niedrigen Geburtenniveau, an der hohen und noch steigenden Lebenserwartung und der derzeitigen Altersstruktur mit den geburtenstarken Jahrgängen aus den 1960er Jahren. 2010 erreichte die Geburtenziffer einen Wert von 1,39. Ursache für den starken Geburtenrückgang in Deutschland ist der Funktionswandel in der Familie sowie das damit einhergehende neue Rollenverständnis der Frau. Das traditionelle Rollenverhältnis von Mann und Frau hat sich stark verändert. Ein weiterer Grund besteht in der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft. All diese Faktoren verstärken den Trend zur Kleinstfamilie [vgl. Burger 2013, 3].

Im Gegensatz dazu bestimmt die kontinuierlich steigende Lebenserwartung die Alterung der Bevölkerung *von oben*. Dies hat eine weitere Verschiebung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung zugunsten der Älteren zur Folge. Das Altern der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1964 (Babyboomer) geht einher mit dem Anwachsen von älteren Bevölkerungsgruppen. Eben diese Jahrgänge werden voraussichtlich 2020 in das Rentenalter eintreten. Folglich werden für deren Versorgung die schwächer besetzten, jüngeren Jahrgänge zum Tragen kommen. Der markante Anstieg der Lebenserwartung lässt sich folgendermaßen erklären: Die Sterblichkeit, zum einen im ersten Lebensjahr und zum anderen im Alter zwischen 60 und 80 Jahren, ist

deutlich zurückgegangen und steigt vielmehr ungebrochen an, genaugenommen um etwa 3 Jahre. Immer mehr Menschen erreichen bei besserer körperlicher und geistiger Leitungsfähigkeit ein hohes Alter. Häufig werden die gesellschaftlichen Altersbilder der gesellschaftlichen Wirklichkeit gar nicht mehr gerecht, denn Gesundheit und Leistungsfähigkeit im fortgeschrittenen Alter werden unterschätzt [vgl. Burger 2013, 3].

Menschen, die im Jahr 2060 zur Welt kommen, werden im Gegensatz zu Neugeborenen heute sieben bis acht Jahre länger leben. Daraus resultiert eine durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen von 89, für Männer von 85 Jahren. Demnach stehen immer mehr ältere Menschen einer immer kleiner werdenden Anzahl von jüngeren gegenüber und die ursprüngliche Bevölkerungspyramide gleicht immer mehr einem Pilz [vgl. Pompe 2013, 15f].

Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sticht ins Auge: Das Verhältnis von Rentnern und Erwerbstätigen, also die Rentnerquote, erhöht sich bis zum Jahr 2040 auf knapp 105%. Das bedeutet, dass ein Erwerbstätiger einen Rentner alleine finanzieren muss, während heute noch zwei Beitragszahler für einen Rentner aufkommen können [vgl. Burger 2013, 5].

Da mit zunehmendem Alter ebenso das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark ansteigt, muss sich die Pflegeversicherung durch die demografisch bedingte Alterung der Gesellschaft auf einen steigenden Bedarf an Leistungen einrichten, ähnlich wie die GKV. Daher wird mit der wachsenden Zahl alter und hochbetagter Menschen in den nächsten Jahren auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren 0,8% pflegebedürftig, von den 60-bis 80-Jährigen 4,2% und von den über 80-Jährigen rund 29%. Erwartungen zufolge soll die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 um rund 20% ansteigen, das heißt von derzeit ca. 2,42 Millionen auf ca. 2,9 Millionen [vgl. Burger 2013, 6]. Auch der Sachverständigenrat geht davon aus, dass es im Jahr 2050 schon rund 4,35 Millionen pflegebedürftige Menschen geben wird [vgl. Seidel/ Schneider/ Möller 2013, 25].

Sowohl der Umfang als auch die Struktur des künftigen Arbeitsmarktes wird stark vom demografischen Wandel beeinflusst. Einhergehend mit der demografischen Entwicklung sinkt die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Entscheidend für das tatsächliche Arbeitsangebot ist das Erwerbsverhalten der Bevölkerung. Dieses wird wiederum von der Entwicklung des Bildungsverhaltens, des Rentenzugangsverhaltens,

der Frauenerwerbstätigkeit sowie des Wanderungssaldos und der Erwerbsbeteiligung ausländischer Frauen beeinflusst. Im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung geht die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter und damit das vorhandene Arbeitskräftepotential um einiges schneller zurück. Die Zahl der Menschen im Alter von 35-59 Jahren wird sich bis zum Jahr 2030 wegen der stark gesunkenen Geburtenzahlen seit Ende der 60er Jahre um 5,5 Millionen reduzieren. Außerdem werden ab 2020 zunehmend stark besetzte Jahrgänge nicht mehr erwerbsfähig sein, sodass der Rückgang des Arbeitskräftepotentials langfristig betrachtet zu einer Herausforderung wird [vgl. Burger 2013, 7].

4.1.1 Zuwanderung

An dieser Stelle gilt es den Aspekt der Zuwanderung mit einzubringen und die positiven Effekte hervorzuheben. Vielmehr ist Deutschland auf die Zuwanderung geeigneter Arbeits- und Fachkräfte angewiesen, damit der Maßstab zwischen Wohlstand und sozialer Sicherung bestehen bleibt. Ökonomisch betrachtet bietet die Zuwanderung klare Vorteile, gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel, die Alterung der Erwerbspersonen sowie die Finanzierungsrisiken der Sicherungssysteme. Unter dem Aspekt des technologischen Fortschritts und des demografischen Wandels gibt es neben den Auswirkungen der akademischen Qualifikationen ebenso Auswirkungen im Bereich der mittleren Qualifikationsstufen. Das heißt konkret, neben dem Mangel an Ärzten und Ingenieuren wird es genauso einen Mangel an geeigneten Pflegekräften und Facharbeitern geben. Bis 2020 wird sich die Schülerzahl in Deutschland um mehr als zehn Prozent reduzieren [vgl. Hinte/Rinne/Zimmermann 2012, 263f].

4.1.2 Unterschiede zwischen Stadt und Land

Aufgrund der Zuwanderung gibt es dennoch in städtischen Regionen mehr junge Menschen. Insbesondere die großen Städte wie München, Hamburg und Berlin können von einer hohen Wanderungsquote zwischen 2005 und 2010 profitieren. Die Beweggründe für einen Ortswechsel liegen im besseren und breiteren Arbeitsplatzangebot, vielfältigere Gestaltungsmöglichkeiten, was die Freizeit betrifft, sowie bessere Verdienstmöglichkeiten. Bestimmte Ballungsräume im Ruhrgebiet und Saarland leiden allerdings unter der starken Abwanderung. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um altindustrialisierte Regionen, die aus diesem Grund stark schrumpfen. Die ländlichen Regionen

leiden ebenfalls unter der starken Abwanderungstendenz, es zieht die Menschen in die Städte. Bezogen auf Westdeutschland sind besonders Gebiete der Pfalz, Nord- und Ostbayern, Nordhessen sowie der Süden von Niedersachsen betroffen. Aufgrund des Wandels der Montan-, Textil- und Porzellanindustrie verloren viele Menschen in diesen Regionen ihren Arbeitsplatz, infolgedessen sie wegziehen mussten. Noch stärker mit Abwanderung aus ländlichen Gebieten hat der Osten Deutschlands zu kämpfen, denn sie gelten als strukturschwach, demnach verlassen viele besser ausgebildete junge Menschen diese Gebiete und ziehen in die Großstädte. Damit wird der Unterschied zwischen Stadt und Land umso größer [vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder 2012].

Für ältere Menschen, die sich bereits im Ruhestand befinden, sind bestimmte ländliche Regionen, vor allem der Voralpenraum, durchaus attraktiv, was zumindest eine ausgeglichene Wanderungsbilanz aufweist [vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder 2012].

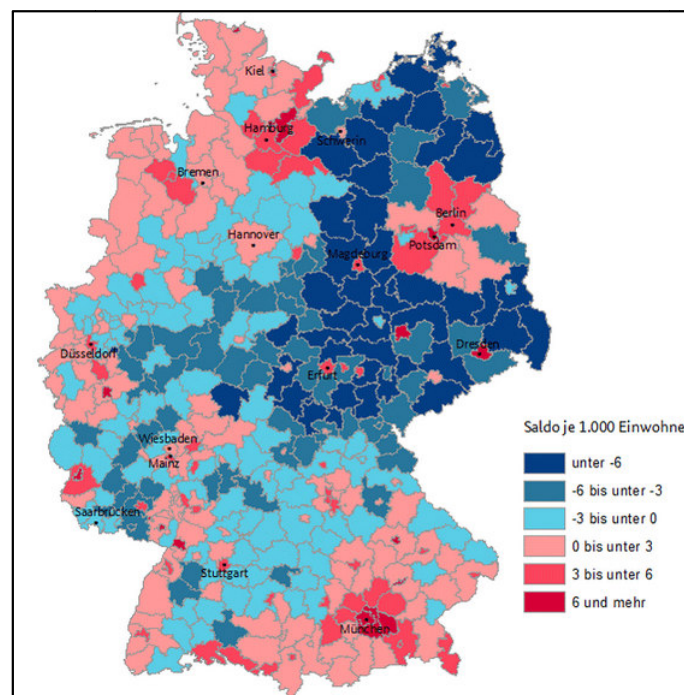


Abbildung 7: Wanderungssaldo nach Kreisen, Durchschnitt 2006-2010
(Quelle: Demografieportal des Bundes und der Länder 2012)

4.2 Generationskonzepte älter werdender Menschen

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Segmentierungen nach dem chronologischen Alter der älter werdenden Menschen beschrieben. Hierbei ist hervorzuheben, dass die Altersgrenzen oft beliebig gewählt werden. Nach wie vor können zwei Menschen gleichen Alters einen anderen Lebensstil führen, da das Alter bzw. das *alt sein* nicht nur von dem wirklichen Lebensalter, sondern auch von der Grundeinstellung gegenüber dem Leben beeinflusst wird [vgl. Rutishauser 2005, 10].

4.2.1 40 Plus

Die Gruppe der über 40-Jährigen hat beruflich gesehen die meisten angestrebten Ziele bereits erreicht. Sie erwarten weder große Gehaltsveränderungen, noch einen Aufstieg innerhalb der Firma. Oft tritt eine gewisse Routine ein, wenn Aufgaben weitestgehend unverändert bleiben. Doch meistens handelt es sich hierbei trotzdem um wichtige Mitarbeiter, die oft eine betriebliche Schlüsselposition einnehmen und mit ihrem Erfahrungsschatz nicht zu unterschätzen sind. Aus diesen Gründen ist es von großer Bedeutung, diese Gruppe der über 40-Jährigen zu motivieren und sich für sie zu engagieren. Diese Altersgruppe wünscht sich vor allem mehr Freiraum für Entscheidungen und möchte mehr Verantwortung übertragen bekommen. Jedoch erwarten ca. 21% der 40-Plus-Generation keinen Aufstieg mehr im eigenen Unternehmen [vgl. Regnet 2004, 62f].

Diese Generation steht also derzeit mitten im Berufsleben und wird in 20-25 Jahren das Rentenalter erreichen. Die Unternehmen müssen sich neu ausrichten und sich der Altersstruktur anpassen, denn im Alter gehen wichtige Fähigkeiten nicht nur verloren, im Gegenteil, sie können ihre Aufgaben sehr gut meistern. Die Potentiale dieser Generation sollten genutzt werden, Alter und Innovationsfähigkeit sollten sich nicht mehr einander ausschließen [vgl. Länge/Menke 2007, 6].

4.2.2 50 Plus

Während Produkte, Dienstleistungen und Unternehmen heute immer austauschbarer werden, leben die Menschen 50 Plus ihre Lebensgefühle ausgiebiger aus als zuvor. Es ist wichtig, sich darauf zu konzentrieren, was die Menschen gemeinsam haben: Träume, Werte und ihr soziales Umfeld. Die psychologischen Kaufmotive verändern sich

und die Ansprüche werden höher. Demnach werden angemessene Unternehmenskonzepte und wirkungsvolle Marketingstrategien immer wichtiger, um die 50 Plus Kunden anzusprechen [vgl. Pompe 2013, 20f].

Bei einem Kunden 50 Plus kann gesagt werden, dass Kaufentscheidungen von vier essentiellen psychologischen Faktoren abhängen: *Motivation, Wahrnehmung, Lernen und Ansichten und Einstellungen*. Laut neuesten Untersuchungen schafft es ein Produkt, sofern es gut ist, bei den Kunden ganz verschiedene Beweggründe oder Motive zu erzeugen. Zum Beispiel kann ein Grund für das Trinken von Champagner sein, dass diese Person lediglich entspannt die Gesellschaft seinesgleichen genießen möchte oder aber sie sucht „nur ein Vergnügen oder den bewussten Genuss eines prickelnden, vitalisierenden, stimulierenden Getränks zum eigenen Wohlbefinden [Pompe 2013, 100]. Doch abgesehen von diesen Faktoren gibt es noch weitere, wie beispielsweise als Ausdruck von Prestige oder von Stil und Ästhetik, Selbstbelohnung und Lebensfreude usw. [vgl. Pompe 2013, 100].



Abbildung 8: Bedürfnispyramide nach Maslow
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kerpen 2007, 46)

In diesem Zusammenhang spielt auch die *Bedürfnispyramide von Maslow* eine Rolle. In der heutigen, immer zivilisierteren Welt sind physiologische Grundbedürfnisse wie Hunger und Durst zum größten Teil gestillt und stellen somit keine existentielle Herausforderung mehr dar. Heute wird eher von einer Konsumgesellschaft, die im totalen Überfluss lebt, gesprochen und daher sind andere Bedürfnisse entscheidend. Diese sind je nach Alter aber unterschiedlich, mit zunehmendem Alter sind *Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Wertschätzung* (Defizitmotive) sowie *das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung* (Wachstumsmotiv) entscheidend. Zu den

Sicherheitsbedürfnissen zählen Faktoren wie Geborgenheit und/oder Sehnsucht nach Beständigkeit, *soziale Bedürfnisse* entsprechen der Liebe, einem Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe oder einer bestimmten Schicht sowie Nächstenliebe. Zu dem *Bedürfnis nach Wertschätzung* gehören beispielsweise Selbstachtung, Anerkennung, Prestige und die Sehnsucht nach zwischenmenschlichen Beziehungen. Auf der obersten Hierarchieebene steht die *Selbstverwirklichung*. Hierbei spielen die Entwicklung und Entfaltung der eigenen Persönlichkeit eine Rolle, aber auch einfach nur Spaß, Abenteuer und Abwechslung erleben, sowie eine Flucht aus dem Alltag. Die Generation 50 Plus will in allem, was sie tut, zeigt oder konsumiert ihr Selbstbild zum Ausdruck bringen. Dies spiegelt sich in der Kleidung, dem Auto und den Restaurants, die sie besuchen, wider [vgl. Pompe 2013, 101].

4.2.3 Best Ager

Sie sind so wohlhabend wie nie zuvor und haben mehr freie Zeit als jede Generation vor ihnen. Die Generation der sogenannten *Best Ager* unterscheidet sich von Menschen 50 Plus dadurch, dass sie als die wohlhabenden älter werdenden Menschen definiert werden. Sie haben fast ihr ganzes Leben hart gearbeitet und nun die Zeit und das Geld, sich bestimmte Dinge zu leisten und zu gönnen. Bei dieser Zielgruppe spielt der Konsum eine wichtige Rolle, denn es geht um mehr als die bloße Versorgung mit Produkten und Dienstleistungen. Er steht für die Möglichkeit, sich einen gewissen Lebensstandard zu sichern und geht somit einher mit mehr Lebensqualität [vgl. Zaroba 2002, 32].

Sie haben hohe Ansprüche, was die Qualität von Produkten und Dienstleistungen angeht, ihre Freizeit gestaltet diese Generation jedoch unterschiedlich, da die Interessen nicht immer dieselben sind. Was die Familie, den Beruf und die Gesellschaft allgemein betrifft, so wird diese Generation weniger gebraucht und somit bleibt mehr Zeit für sie selbst [vgl. Meyer 2009, 5]

Best Ager gehören der sogenannten Boom-Generation an, sie stellen die reifen Konsumenten und Konsumentinnen zwischen 50 und ca. 75 Jahren dar. Diese Marketingzielgruppe ist kaufkräftig, jedoch auch erfahren. Aus diesem Grund wird sie als eine anspruchsvolle Zielgruppe betrachtet, die viel Wert auf Qualität legt. Viele Bereiche, die vorher von den 15- bis 49-Jährigen dominiert wurden, hat diese Zielgruppe für sich eingenommen. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die *Best Ager* als

immer interessantere und wichtiger werdende Zielgruppe, bezogen auf das Marketing, die Werbung sowie die Produktentwicklung, erachtet. Wie vorangegangen erwähnt, strebt diese Generation das Genießen an, weg vom Sparen und hin zum Ausgeben und Investieren. Die Konsumausgaben der 65 bis 70-Jährigen liegen im Durchschnitt bei 2108 Euro monatlich [vgl. Brokmann 2006, 3f].

4.2.4 68er Generation

Die Werte einer Generation werden immer stark von den gesellschaftlichen und geschichtlichen Ereignissen und Erlebnissen beeinflusst. Die folgende Grafik zeigt verschiedene Werte, die für die 68er Generation maßgebend ist. Sie sind nach ihrer Wichtigkeit von oben nach unten geordnet, das heißt, die Selbstverwirklichung ist für diese besondere Altersgruppe am wichtigsten [vgl. Rutishauser 2005, 15].

Kriegsgeneration	Wirtschaftswundergeneration	68er Generation
Gesundheit	Materieller Wohlstand	Selbstverwirklichung
Zuverlässigkeit	Sicherheit	Freiheit und Unabhängigkeit
Sicherheit	Gesundheit	Gesundheit
Sparsamkeit	Zuverlässigkeit	Geborgenheit
Pflichterfüllung	Freiheit und Unabhängigkeit	Materieller Wohlstand
Recht und Ordnung	Selbstverwirklichung	Umweltbewusstsein
Geborgenheit	Geborgenheit	Sicherheit
	Umweltbewusstsein	Zuverlässigkeit

Abbildung 9: Wertewandel
(Quelle: Rutishauser 2005, 15)

Die 68er Generation ist schwer mit anderen zu vergleichen, denn mit ihr geht eine besondere Generation bald in Rente. Das Leben dieser Gruppe wird weder von Isolation oder Rückzug im höheren Lebensalter dominiert sein, noch wird man diese Altersgruppe später in Schrebergärten, Vereinen oder Seniorenheimen finden. Im Gegenteil, die Menschen werden ein aktives, selbstbestimmtes und auf die Zukunft ausgerichtetes Leben führen. Schon heute ist die Veränderung spürbar, der sogenannte *Tanztee* ist durch die *Ü-30-Party* ersetzt worden, genau dort ist diese Generation anzutreffen. Erkennbar ist auch, dass es diese Altersgruppe zunehmend zu den Metropolen Deutschlands zieht, weg vom Land, hin zu den größeren Städten, wo kulturelles Angebot, Bildung, Sport und Konsum vorherrschen. Sie legen Wert darauf, dass sie ihr Wissen,

ihre Kenntnisse und ihren Erfahrungsschatz weitergeben können. All diese Merkmale weisen auf ein besonderes Selbstverständnis der Generation der 68er hin. Mit der Zeit hat diese Altersgruppe gemeinsame Normen und Wertvorstellungen entwickelt, es kann auch von einem *kollektiven Habitus* bzw. einer *Gemeinschaftsseele* gesprochen werden. Darüber hinaus verfügen sie über einen ähnlichen Stil was Musik, Mode, Kunst oder Literatur anbelangt. Das von jeher geprägte Altersbild der Gesellschaft trifft eben gerade nicht auf diese Generation zu [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2008].

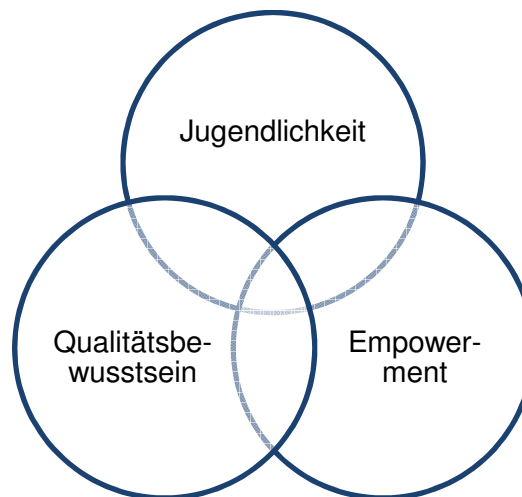


Abbildung 10: Merkmale der 68er Generation
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kreyher 2014)

Die vorherige Abbildung enthält drei weitere Merkmale, die die 68er Generation heute ausmachen. Zum einen legt diese Generation viel Wert auf hohe Qualität und weiß, was gut ist, was sie konsumieren möchte und wofür es sich lohnt, Geld auszugeben oder zu investieren. Nicht die Quantität ist entscheidend, sondern die Qualität. Keine Generation zuvor verfügte über so viel Kapital, Einnahmequellen und Erbe im Alter [vgl. Bruns/ Böhme 2007, 39f]. Zum anderen informiert sie sich ausgiebig, bevor sie beispielsweise ein Produkt kauft oder einen Arzttermin wahrnimmt. Die 68er holen vorab Informationen über Krankheiten und Gesundheitsthemen ein, um bestmöglich informiert und vorbereitet zu sein. Hierbei dient das Internet als meist genutzte Informationsquelle. Als drittes Merkmal ist die Jugendlichkeit zu nennen. Diese bezieht sich nicht unbedingt auf das Aussehen dieser Altersgruppe, sondern vielmehr auf die innere Jugendlichkeit. Kurz: Sie fühlen sich jung. Die 68er Generation steht dem Älterwerden somit positiv gegenüber und diese Jugendlich- und Sportlichkeit zeichnen sie aus [vgl. Kreyher 2014].

4.2.5 Senioren

Es gibt unterschiedliche Auffassungen davon, ab wann ein Mensch ein Senior ist. So zählt, laut der Bundesstatistik, ein Verbraucher mit ca. 60 Jahren zu den Senioren, also sobald er in den Ruhestand geht. Laut der Medien beispielsweise liegt der Schnitt schon bei 50 Jahren oder noch früher. Hier wird deutlich, dass es schwierig ist, eine klare Eingrenzung dieses Begriffes vorzunehmen. Grundsätzlich kann jedoch gesagt werden, dass der Begriff Senior in der Regel viel zu früh angewandt wird [vgl. Zaroba 2002, 3].

In diesem Zusammenhang muss auch zwischen den *jungen Alten* und den *alten Alten* unterschieden werden. Zur ersten Gruppe zählen Menschen bis zum 75. Lebensjahr. Die meisten von ihnen sind gesund, unternehmen gerne etwas, sind noch mobil und pflegen gerne ihre sozialen Kontakte. Man spricht hier noch nicht von Senioren und Seniorinnen, die Kategorie fällt immer noch in die *älter werdenden Menschen*. Zu den *alten Alten* bzw. den Senioren gehören ältere Menschen über 75, da erst ab diesem Alter wirkliche Beschwerden und Erkrankungen aufgrund des Alters auftreten. Im Gegensatz zu den *jungen Alten* lebt diese Alterskohorte eher zurückgezogen, verbringt viel Zeit zu Hause und ist zunehmend von der Hilfe Außenstehender, in der Regel die Familie oder Angehörige, abhängig. Daher unterscheiden sich deren Bedürfnisse von denen der *jungen Alten* und dementsprechend bevorzugen sie Produkte und Dienstleistungen, die ihnen das Leben schlichtweg vereinfachen [vgl. Rutishauser 2005, 9].

Nicht unbeachtet sollte auch das wirtschaftliche Interesse an der Zielgruppe der Senioren und Seniorinnen bleiben. Schon lange ist klar, dass sich diese Zielgruppe als profitabel und bezogen auf die Kaufkraft und ihrer Konsummerkmale immer wichtiger werden [vgl. Stiehr 2002, 12f].

4.3 Bilder und Vorstellungen von älter werdenden Menschen

Häufig wird im Zusammenhang mit Vorstellungen von älteren Menschen auch von dem sogenannten *Altersbild* gesprochen. Der Begriff bezieht sich konkret auf bestimmte Vorstellungen und Erwartungen, wie beispielsweise körperliche Verfassung oder bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten, die mit dem Altwerden einhergehen. Meistens bezieht sich dieses Altersbild auf die Sicht der Gesellschaft, daher wird oft auch von einem sogenannten Altersstereotyp gesprochen [vgl. Staudinger 2012, 192].

Häufig wird auch von dem *generalisierten Altersbild* gesprochen, dies bezieht sich wie vorangegangen erwähnt, auf die allgemeine Sicht und Vorstellung der Gesellschaft auf Menschen höheren Erwachsenenalters. Im Gegensatz dazu umfasst das personalisierte Altersbild individuelle Erwartungen und Vorstellungen bezüglich des Älterwerdens [vgl. Pelizäus-Hoffmeister 2013, 199].

4.3.1 Pflegebedürftige ältere Menschen

Da mit zunehmendem Alter ebenso das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark ansteigt, muss sich die Pflegeversicherung durch die demografisch bedingte Alterung der Gesellschaft auf einen steigenden Bedarf an Leistungen einrichten, ähnlich wie die GKV. Daher wird mit der wachsenden Zahl alter und hochbetagter Menschen in den nächsten Jahren auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren 0,8% pflegebedürftig, von den 60-bis 80-Jährigen 4,2% und von den über 80-Jährigen rund 29%. Erwartungen zufolge soll die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 um rund 20% ansteigen, das heißt von derzeit ca. 2,42 Millionen auf ca. 2,9 Millionen [vgl. Burger 2013, 6].

Ältere Menschen bedürfen der Pflege, in welchem Ausmaß hängt aber ganz von der jeweiligen Lebenssituation ab. Die Bewohner in Pflegeheimen sind meistens multimorbid erkrankte, pflegebedürftige ältere Menschen. Ein eigenständiges Leben im normalen häuslichen Umfeld ist nicht mehr zu verantworten, da die älteren Menschen sowohl somatisch als auch psychisch stark eingeschränkt sind. Vor allem der Aspekt der psychischen Erkrankungen beschäftigt älter werdende Menschen, es ist mitunter die größte Angst, irgendwann nicht mehr Herr ihrer Sinne zu sein. [vgl. Wallrafen-Dreisow 2002, 296].

Mit der demografischen Entwicklung verschiebt sich auch das Krankheitsspektrum, das heißt, die Menschen leiden zunehmend an chronischen Erkrankungen, insbesondere an Demenz. Selbst heute ist eine Erkrankung an Demenz die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. In den Pflegeheimen stellen Menschen, die dementiell erkrankt sind, die größte Gruppe von Bewohnern dar, die geistig-seelisch stark beeinträchtigt sind. Ältere Menschen, die an Demenz leiden, weisen Gedächtnis- und Sprachstörungen sowie Verhaltensstörungen auf. Außerdem leiden sie an psychotischem Erleben. An Demenz erkrankte Menschen leiden meistens auch

unter starker Verwirrtheit, ebenso nehmen die kognitiven Fähigkeiten immer weiter ab, während Emotionen und Gefühle aufrecht erhalten bleiben. Aus diesem Grund nehmen sie einen immer wichtiger werdenden Stellenwert bei der Arbeit mit Dementierenden ein. Außerdem wird ein starker Bewegungsdrang bei Demenzzkranken beobachtet. Hierbei ist wichtig, dass diesem Drang genug Raum zum Ausleben gelassen wird, was zum Wohlbefinden und der Lebensqualität dieser Menschen beiträgt [vgl. Bölicke/Steinhagen-Thiessen 2002, 179f].

Auch sind Gewohnheiten bei pflegebedürftigen älteren Menschen von großer Bedeutung, sie sollten auch nur dann geändert werden, wenn es wirklich nicht mehr anders zu handhaben ist, dabei kann es sich um solche banalen Sachen wie *jeden Tag zur gleichen Zeit die Zähne putzen* handeln. Die Gewohnheiten sind ein Teil des Charakters, ein fester Bestandteil des Lebens und eventuell haben sie schon in der frühen Jugend angefangen, sich gewisse Dinge anzugewöhnen. Aus diesen Gründen kann und sollte nicht versucht werden, diese Dinge verändern zu wollen [vgl. Blaickner 2000, 30f].

4.3.2 Moderne ältere Menschen

Im Gegensatz zu dem Bild, das die Gesellschaft von einem pflegebedürftigen Menschen hat, treten in Bezug auf einen modernen älteren Menschen insbesondere positive Assoziationen auf. Älter werdende Menschen können und wollen sich einen gewissen Standard und Stil leisten und ihn auch in höherem Lebensalter wahren. So betrifft das zum Beispiel die Mode, das Geschlecht spielt dabei nur bedingt eine Rolle. Stilvolle und qualitativ hochwertige Kleidung soll es sein. Die moderne ältere Generation möchte nicht *alt* oder *unmodern* aussehen, im Gegenteil. Sie wollen mit dem Trend gehen. Voraussetzung dafür ist, dass sie offen für das Aktuelle bzw. das Moderne sind. Und das sind sie. Sie nehmen Ratschläge und Empfehlungen vielmehr dankend an. Diese Menschen wollen mit der Zeit gehen, das tragen und das benutzen, was man jetzt trägt und benutzt. *Modern* wird oft mit dem Wort *modisch* gleichgesetzt, doch zielt das Wort modisch eher auf die Kleidungsmode ab, während der Begriff *modern* weitergeht. Hier handelt es sich um eine Art und Weise des Denkens und der Einstellung zum Leben und der Gesellschaft. Nicht nur modern aussehen, sondern auch modern denken und fühlen. Doch es geht über die Kleidung hinaus, denn was die Technik betrifft, wollen älter werdende Menschen auch nicht stehen bleiben, sondern

genauso ein Smartphone bedienen können oder ein Tablet benutzen. Es ist nachgewiesen, dass sich die älter werdende Generation heute deutlich jünger fühlt, als sie es, ihrem chronologischen Alter entsprechend, tatsächlich ist. Im Durchschnitt fühlen sie sich mindestens zehn Jahre jünger. Allerdings erleben sich viele ältere Menschen schon in relativ jungen Jahren als *alt*, was darauf schließen lässt, dass ihr Selbstbild bereits früh durch bestimmte *Alterserfahrungen* beeinflusst wird. Dieses Empfinden bezieht sich vor allem auf den Umgang mit neuen Medien bzw. digitaler neuer Technik [vgl. Pelizäus-Hoffmeister 2013, 197].

4.3.3 Sich weiterbildende ältere Menschen

„Bildung beschränkt sich nicht allein auf den Erwerb von Wissen und Qualifikationen, sondern umfasst auch Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen, die die effektive, kreative Auseinandersetzung mit aktuellen oder zukünftigen Aufgaben und Anforderungen fördern – seien dies Aufgaben und Anforderungen im Beruf, in der Familie, in der Freizeit oder im bürgerschaftlichen Bereich“ [Sechste Altenberichtskommission 2010, 144]. Die Weiterbildung sollte jedoch nicht nur ältere Arbeitnehmer betreffen, sondern auch ältere Menschen, die nicht mehr erwerbstätig sind, hinter dem Aspekt des *Lebenslangen Lernens*. Was die Bildung im höheren Alter betrifft, so sind zwei Bedingungen wichtig: Zum einen sollte ein Bildungsprozess nicht ausschließlich in organisierten Orten stattfinden, sondern ebenso von informeller Natur sein, wie beispielsweise selbstinitiierte Museumsbesuche oder Lernen mithilfe von Fachliteratur, das sie selbst steuern können. Zum anderen profitieren ältere Menschen von ihrem Erfahrungsschatz und ihrem Wissen, das sie auch anderen vermitteln möchten und somit als Wissensträger fungieren und damit eine gewisse Wertschätzung erhalten. Die Wissensweitergabe beschränkt sich jedoch nicht nur auf Bildungseinrichtungen, sondern kann auch den Austausch innerhalb der Familie, das Anlernen jüngerer Kollegen oder freiwilliges Engagement betreffen. Daher umfasst Bildung von älteren Menschen nicht nur den Erwerb von Wissen, sondern auch von Fähig- und Fertigkeiten sowie Erfahrungen [vgl. Sechste Altenberichtskommission 2010, 146].

Einer Weiterbildung muss auch ein gewisses modernes Denken vorausgehen. Heutzutage geht es kaum mehr ohne spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten, die einen beruflich weiterbringen. Dies ist für Jung ebenso wichtig wie für Alt, doch wächst die junge Generation schon mit Medien und Standards auf, welche die ältere Generation erst erlebt oder oft noch erlernen muss. Immer mehr Menschen Mitte 40 oder noch älter

wagen sich noch einmal an die Universität, besuchen Vorlesungen, Seminare oder Kurse, um sich persönlich oder beruflich weiterzubilden, denn sie sind immer noch neugierig und wissensdurstig. Gerade für älter werdende Menschen sind Fremdsprachen eine gute Möglichkeit, geistig fit zu bleiben. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine neue Sprache erlernt wird oder alte Kenntnisse noch einmal aufgefrischt werden sollten. Auch im Bereich der Technik wollen älter werdende Menschen nicht stehen bleiben, sei es in Bezug auf einen Laptop, ein Tablet oder das Handy. Es gibt bereits Seniorenhandys, doch ein 65-Jähriger, der noch fit ist und im (Arbeits-)leben steht, möchte kein Seniorenhandy mit übergroßem Display und großen lauten Tasten. Der Begriff Seniorenhandy verursacht negative Assoziationen, mit dem sich ein aktiver älterer Mensch nicht identifizieren kann und möchte.

4.4 Jugendlichkeit als Konzept des modernen, aktiven älteren Menschen

„Wer jung ist, ist schön, wer schön ist, ist gut“ [Tschirge/Grüber-Hrcán 1999, 87]. Im Umkehrschluss bedeutet das, wer nicht schön ist, ist auch nicht gut. Oft gehen *alt und hässlich* sowie *jung und schön* als Gegensatzpaar einher und lassen *Alter* mit *Attraktivität* nicht verbinden. Somit erscheint ein jugendliches Erscheinungsbild im Gegensatz zum *alten Aussehen* sehr erstrebenswert [vgl. Derra 2012, 117].

4.4.1 Moderne Körperkultur

„Der Körper ist ein zentrales Handlungsinstrument; wir handeln mit dem Körper, und zwar zum Teil durchaus so, wie wir mit anderen Objekten handeln. In diesem Sinne manipulieren wir den und hantieren wir mit dem Körper, indem wir ihn zum Beispiel kleiden, durch Diäten oder Sport formen, mit Make-up bemalen oder ihn an Nägeln und Haaren beschneiden“ [Bundeszentrale für politische Bildung 2007].

Unter den älter werdenden Menschen ist ein zunehmendes Streben nach äußerlicher und körperlicher Attraktivität festzustellen, orientiert an Vorbildern und den neuen Medien. Sie wollen nach außen das tragen, was und wie sie sich fühlen: Nicht *alt*. Älter werdende Menschen möchten fit, selbstbewusst und attraktiv der Gesellschaft gegenüber treten. Anders als früher achten älter werdende Menschen zunehmend auf ihr äußeres Erscheinungsbild und orientieren sich gerne an Vorbildern in den Medien. Viele deutsche Schauspieler und Schauspielerinnen gelten trotz höheren Alters als attraktiv

und fit, beispielsweise Senta Berger, Iris Berben oder Hannelore Elsner. Gerade aufgrund dieser Vorbilder bzw. Prominenten, die immer im Fokus der Medien stehen, werden gewisse ästhetische Normen gesetzt und damit oft auch aufgezeigt, dass der eigene Körper, gerade während des Älterwerdens, doch die einen oder anderen Defizite aufweist. Körperkult und Schönheitsbewusstsein gehen in der heutigen Gesellschaft oft miteinander einher. Immer mehr älter werdende Menschen sind in Fitnessstudios anzutreffen, suchen Experten für Ernährung auf, unterziehen sich Schönheitsoperationen, lassen sich Botox spritzen, halten Diät oder besuchen Wellness-Farmen [vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2007].

4.4.2 Anti-Aging Programme

Alte Haut wird immer mehr als unästhetisch betrachtet und muss daher glatt und faltenfrei gemacht werden. Wellness kann durchaus als ein wirksames Anti-Aging-Instrument verstanden werden. Guter und ausreichender Schlaf ist ebenso Anti-Aging, denn erwiesen ist, dass mindestens sieben Stunden Schlaf Krankheiten vorbeugt und das Leben verlängert. Wer genug und gut schläft, dem sieht man das an [vgl. Derra 2012, 118].

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dem Altern aus dem Weg zu gehen. Hierbei spielt für viele älter werdende Menschen die plastisch-ästhetische Chirurgie bzw. medizinische Therapien eine zentrale Rolle. Ärzte können das Altern somit optisch bzw. äußerlich verringern und damit zu mehr Wohlbefinden und Selbstvertrauen beitragen. Doch neben diesem Schritt, den nicht jeder älter werdende Mensch bereit ist einzugehen, kann auch auf natürliche Weise Anti-Aging betrieben werden. In diesem Zusammenhang ist eine gezielte Reduzierung bzw. Einschränkung von Nahrung (kalorische Restriktion) eine der effektivsten Methoden, die eine Alterung verlangsamen. Grund hierfür sind sogenannte Radikale, die zum einen automatisch beim Einatmen von Sauerstoff, zum anderen während der Verdauung von Essen und Trinken entstehen, da hier Energie verbraucht wird. Je mehr Energie verbraucht wird, desto höher ist das Risiko einer Radikalbildung. Der Körper wird bei diesem Prozess viel oxidativem Stress ausgesetzt [vgl. Schmitt-Homm/Homm 2013, 104]. Daher kann man den Alterungsprozess beeinflussen, indem die Bildung von sogenannten Radikalen blockiert wird. Die Schlussfolgerung lautet: Mehr Nahrungsenergie bedeutet mehr Radikale und umgekehrt [vgl. Schmitt-Homm/Homm 2013, 106]. Neben körpereigenen Abwehrenzymen kann der Körper auch Stoffe aus der Nahrung ziehen. Gemeint sind Vitamine bzw. Antioxidan-

tien, da sie Radikale sowie die Entstehung von oxidativem Stress reduzieren. Man spricht in diesem Falle von Radikalfängern. Eine Vielfalt von antioxidativem Schutz ist empfehlenswert, da somit eine höhere Wirkung erzielt wird [vgl. Schmitt-Homm/Homm 2013, 96f].

Des Weiteren gibt es einen starken Zusammenhang zwischen Hormonen und dem Alterungsprozess. Da Hormone sogenannte Botenstoffe sind, transportieren sie auf der einen Seite Alternssignale, die von den Genen ausgehen, auf der anderen Seite beeinflussen Hormone die Ausprägung von Genen. Aus diesem Grund kann sich ein gezielter Eingriff auf Hormonebene auf das Älterwerden bemerkbar machen. Die Wahrscheinlichkeit, von Geburt an eine genetische Veränderung aufzuweisen, ist relativ hoch [vgl. Schmitt-Homm/Homm 2013, 73]. Es gibt mittlerweile bis zu 50 Erkrankungen, die auf die Genetik zurückzuführen sind und „durch eine erhöhte Zufuhr von Mikronährstoffen oder körpereigenen Biosubstanzen erfolgreich behandelt werden können [Schmitt-Homm/Homm 2013, 74].

4.4.3 Gesundheitscheck-Up

Der sogenannte Gesundheitscheck-Up wird ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre von den Krankenkassen im Zuge der gesetzlichen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattet. Durchgeführt wird er von Hausärzten, Allgemeinärzten, praktischen Ärzten sowie von Internisten. Ziel ist, frühzeitig Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen oder Diabetes mellitus zu erkennen. Gleichzeitig können andere Erkrankungen, die bis dato keine Symptome aufgewiesen haben, mithilfe des Gesundheitscheck-Ups ermittelt werden. Doch nicht nur bestehende Erkrankungen, sondern der allgemeine Gesundheits- und Fitnesszustand des jeweiligen Patienten soll ermittelt werden. Werden rechtzeitig körperliche Beeinträchtigungen festgestellt, so kann unmittelbar dagegen vorgegangen werden und somit schwere Erkrankungen sowie Folgeschäden im höheren Alter vermieden werden. Der Check-Up erfolgt immer nach einem bestimmten Muster. Zunächst wird die Anamnese durchgeführt, der Arzt erkundigt sich hierbei nach dem allgemeinen Befinden, über Vorerkrankungen und Operationen oder ob der Patient regelmäßig Medikamente einnimmt. Anschließend erfolgen mehrere Untersuchungen. Der Blutdruck wird gemessen, eine körperliche Untersuchung sowie eine Blut- und Urinuntersuchung finden statt. Abschließend bespricht der Arzt die Ergebnisse und das weitere Vorgehen. Der Arzt kann anhand der zuvor ermittelten Werte ein persönliches, auf den Patienten abgestimmtes

Risikoprofil für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weitere Erkrankungen ermitteln [vgl. Onmeda 2014, 1ff].

4.4.4 Fitness und Schönheit

Die Altersgruppe 40 Plus möchte immer mehr von körperlicher Fitness und seelischem Wohlbefinden profitieren [vgl. Jacobi/Hellmis 2003, 172]. Kosmetikerinnen sehen es demnach als ihre Aufgabe, „Widerständiges zu glätten, Zerfall zu übermalen, Bestehendes zu erhalten, nichts unnötig zu zerstören oder durch riskante Körpereingriffe zu gefährden sowie Entstelltes so weit wie möglich zu restaurieren“ [Corsten/Herma/Traue 2002, 239]. Schönheit als solches ist gerade im Alter ein großes Thema. Die älter werdende Generation fühlt sich um einiges jünger als sie ist, was sie auch nach außen sichtbar werden lassen möchte. Laut einer Forsa-Umfrage wären 40% der über 60-jährigen Frauen mit einer Schönheitsoperation einverstanden [vgl. Pompe 2013, 42]. Aus diesem Grund wächst die Schönheitsbranche beständig, beispielsweise auch Billig-Zahnärzte im Ausland, bevorzugt Tschechien. Generell rückt die Zahnpflege und -ästhetik im Hinblick auf die älter werdenden Menschen mehr und mehr in den Fokus [vgl. Pompe 2013, 40]. Bei dieser Altersgruppe steht körperliche, wie auch geistige Fitness im Vordergrund. Während bei vielen der älter werdenden Menschen Ästhetik und Schönheit an erster Stelle steht, geht es bei einigen anderen lediglich darum, fit für den Alltag zu bleiben. Diese Generation rennt keinem Schönheitsideal mehr nach, sondern betreibt Sport, um mehr Bewegung, Kraft und Balance für den alltäglichen Bedarf aufzubauen. Da körperliche Aktivität sowohl den Körper als auch das Gehirn positiv beeinflusst, ist Bewegung für älter werdende Menschen und zur Vorbeugung von Erkrankungen von essentieller Bedeutung [vgl. Aerzteblatt 2014].

5 Gesundheitsmarketing: Zielgruppe aktive älter werdende Menschen

5.1 Produktpolitik

Ältere Menschen sind aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung kritische und anspruchsvolle Konsumenten. Da sich die Grund- und Lebenseinstellung dieser Menschen im Laufe der Zeit allerdings stark verändert hat, ist die Bereitschaft Geld auszugeben gestiegen. All das, was sie sich damals in ihrer Jugendzeit noch nicht leisten konnten und wollten, wird im höheren Alter nachgeholt. Da sich die Bedürfnisse, Einstellungen, Erwartungen und Ansprüche dieser Generation verändert hat, müssen sich Unternehmen mit ihren Produkten auch danach orientieren, was neue Produktkonzepte, neue Angebote sowie eine veränderte und angepasste Kommunikation anbelangt. Im Gegensatz zum chronologischen Alter beeinflusst das subjektiv empfundene Alter das Kaufverhalten stärker, daher konzentriert man sich zunehmend darauf. Die vier nachfolgenden Elemente werden bezüglich des subjektiv empfundenen Alters differenziert [vgl. Rutishauser 2005, 10]:

- Feel-Age (wie alt man sich fühlt)
- Look-Age (wie alt man aussieht)
- Do-Age (wie ausgeprägt man das tut, was dieser Altersgruppe entspricht)
- Interest-Age (wie stark sich die Interessen denen der Altersgruppe ähneln)

Grundsätzlich wird in reale und ideale Selbstbilder (*so sehe ich mich selbst* bzw. *so möchte ich mich idealerweise sehen*) sowie in reale und ideale Fremd-Selbstbilder (*so sieht mich die Öffentlichkeit* bzw. *so sollte mich die Öffentlichkeit idealerweise sehen*) unterschieden. Analysiert man die idealen Altersbilder, so können Erkenntnisse über die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen gewonnen und erfolgreich in das Marketing mit einbezogen werden [vgl. Sechste Altenberichtskommission 2010, 237].

5.1.1 Präventionsbereich

Körperliche Bewegung erhöht neben der körperlichen Fitness auch die geistige, denn sie beugt beispielweise auch Demenzen vor. Oft kann mit individuellem Training der Einnahme von Medikamenten entgegengewirkt werden. Die körperliche Aktivität verringert die Mortalität sowie die Morbidität bei Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen [vgl. Aerzteblatt 2013a].

Prävention ist zum einen entscheidend für die Leistungsfähigkeit im Beruf, zum anderen aber auch für den Erhalt der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und sozialer Kontakte. Aus diesen Gründen sollte diese Thematik verstärkt Beachtung bei beruflichen oder allgemeinen Weiterbildungen finden. Die meisten gesundheitlichen Beeinträchtigungen finden in bildungsfernen Schichten ihren Ursprung. Daher reicht es nicht, dieses Thema ausschließlich in Angeboten betrieblicher sowie allgemeiner Weiterbildungsmöglichkeiten zu behandeln. Da in diesen Schichten Beschwerden oft als Alterssymptome eingestuft werden, bleiben Präventionsangebote sowohl für als auch im Alter weitestgehend ungenutzt und unbekannt [vgl. Sechste Altenberichtskommission 2010, 160].

Im Zusammenhang mit Prävention fällt häufig auch der Begriff der Gesundheitsförderung. Für älter werdende Menschen bedeutet das, bestehende Ressourcen auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wiederzuerlangen oder psychosoziale Benachteiligungen aufgrund physischer Beeinträchtigungen zu vermeiden. Es können hierbei Maßnahmen der primären, sekundären sowie tertiären Prävention durchgeführt werden. Primäre Prävention wird dann angewandt, wenn noch keine Erkrankung oder Störung aufgetreten ist, vorbeugend also. Langfristig und gesundheitspolitisch soll die Inzidenzrate (Neuauftreten) einer Erkrankung innerhalb einer Population gesenkt werden oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum reduziert werden. Bei der sekundären und tertiären Prävention wiederum sind Krankheiten oder Erkrankungen bereits vorhanden, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Ersteres schließt Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheitscheck-Ups und Vorsorgeuntersuchungen mit ein. Auch geht mit der sekundären Prävention einher, dass ein Wiederauftreten der Krankheit bzw. eine identische Zweiterkrankung, nachdem die vorherige Krankheit behandelt wurde, verhindert wird, also im Sinne einer Kuration. Befindet sich die Krankheit bereits in fortgeschrittenem Stadium oder ist bereits chronisch, so soll mit Hilfe der tertiären Prävention eine Verschlimmerung verhindert werden, meistens im Sinne einer Rehabilitation. Das Risiko bleibender Schäden soll damit reduziert werden. Die Leistungsfa-

higkeit wiederherzustellen und zu erhalten, das ist das Ziel. Oft geht es bei der tertiären Prävention aber auch lediglich um Schmerzlinderung, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr anschlagen [vgl. Dapp 2008, 79].

5.1.2 Wellness- und Spabereich

Wellness im Allgemeinen lässt sich als Zustand beschreiben, in dem man sich wohl und gesund fühlt. Wellness Angebote umfassen in der Regel körperliche Bewegung, Sport, Fitness und auch Kultur [vgl. Jacobi/Hellmis 2003, 172f]. Die Therapien mit Wasser, Licht, Luft sowie Bewegung von Sebastian Kneipp sind wissenschaftlich belegt und treffen auf großen Zuspruch in der Gesellschaft. Die fünf Säulen von Kneipp werden auch als Gesundheitsprogramm von verschiedenen Ressorts für ältere Menschen angeboten. Als Besonderheit gibt es ein ärztliches Beratungsgespräch mit einer Basis-Anamnese oder ein Eingangs-Checkup beim Arzt. Das ganze Programm steht unter dem Namen *Medical Wellness & Kneipp* [vgl. Jacobi/Hellmis 2003, 174].

Da heutzutage das Angebot an Wellness und Spa nicht größer sein könnte, versuchen immer mehr Hotels oder Wellness-Einrichtungen den Trend des *Medical Wellness* zu ergreifen. Beim *Medical Wellness* geht es hauptsächlich darum, dass Verhalten und gewisse Einstellungen verändert werden, um die medizinisch ausschlaggebende Ziele zu erreichen. Dies hat auf der einen Seite zwar eine Lebensstiländerung, auf der anderen Seite jedoch eine bessere Gesundheit und eine höhere Lebensqualität zur Folge. Ärztliche Behandlungen bilden hierbei nicht den Schwerpunkt [vgl. Deutscher Wellness Verband e.V.].

Gesundheits- und Wellnessreisen oder Reiseangebote, die einen Gesundheits- und/oder Wellnessteil beinhalten, werden immer mehr nachgefragt. Es gibt Programme wie *Wellness in the City* (Wellness im Rahmen einer Städtereise), *Cruise Wellness* (Kreuzfahrt in Kombination mit Wellness) oder auch *Gesundheitsurlaub im Kloster* (beispielsweise Fasten, Entschlacken und Verjüngen). Es wird deutlich, dass mittlerweile vielfältige Kombinationsvarianten in Bezug auf Reisen mit Gesundheits- und Wellnessbestandteilen möglich sind. Ein Wandel vom traditionellen Kur-Tourismus zum Wellness-Erlebnis-Tourismus ist zu beobachten [vgl. Berg 2008, 27].

Das Spa-Angebot wird ebenso immer wieder weiterentwickelt, hauptsächlich durch modernes Design, Kultur und Ästhetik. Auch der Trend zum medizinischen Spa, meis-

tens in Form von Tages-Spa, gewinnt an Bedeutung. Neben dem üblichen Bade-, Sauna- und Dampfbadangebot beinhaltet es beispielsweise auch Lymphdrainagemassagen, Aromamassagen oder Peelings [vgl. Berg 2008, 36].

5.1.3 Selbstzahlerangebote

Bei den Selbstzahlerangeboten handelt es sich um die sogenannte Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). Darunter werden Leistungen verstanden, die nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sind und somit selbst vom Patienten zu tragen sind, da sie auf eigenen Wunsch in Anspruch genommen werden. Nachfolgend werden verschiedene Leistungsangebote aufgeführt [vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2013]:

- Reisemedizinische Beratung und entsprechende Impfberatung
- Eignungsuntersuchungen zum Beispiel für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport
- Sportmedizinische Untersuchungen und Beratungen
- Medizinisch-kosmetische Leistungen (Ästhetische Operationen, Entfernung von Tätowierungen)
- Ästhetische Operationen
- Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
- Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen auf Wunsch, d.h. spezielle Gesundheitschecks (Intervall-Check, Brain-Check, Facharzt-Check)

Jeder Individuellen Gesundheits-Leistung ist in der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein bestimmter Betrag zugeordnet, der Arzt entscheidet also nicht selbst, wie viel er für eine Behandlung verlangt. „Je nach Aufwand und Schwierigkeit kann der Mediziner für eine IGeL den einfachen bis 2,3-fachen Gebührensatz berechnen. Bei gesetzlich Versicherten ist der Arzt verpflichtet, mit dem Patienten einen schriftlichen Vertrag über eine IGeL abzuschließen“ [Aerzteblatt 2008].

Bei den Selbstzahler-Angeboten handelt es sich demnach um eine Angebots-Nachfrage-Beziehung. Auf der Angebotsseite stehen Ärzte, ärztliche Einrichtungen sowie Kliniken. Wettbewerb unter medizinischen Einrichtungen beispielsweise in den Bereichen Wellness, Fitness und Lifestyle herrscht vor. Auf der Nachfrageseite sind

Patienten, Versicherte der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung sowie die Bevölkerung an sich als Konsumenten angesiedelt [vgl. Hess/ Klakow-Franck 2005, 15]. Auch der Bereich der Zahnimplantate für Schönheit und Ästhetik und der Mundhygiene ist bei der älter werdenden Generation stark nachgefragt [vgl. Pompe 2013, 40].

Auch Weiterbildung durch Sprach- und Kulturreisen spricht die Altersgruppe 50Plus an. In diesem Bereich gibt es Sprachschulen, die sich auf die älter werdende Generation spezialisieren.

5.1.4 Selbstzahlerkliniken

Oft wird ein Privatkrankenhaus mit einer Selbstzahlerklinik gleichgesetzt. Handelt es sich um eine reine Privatklinik, werden ausschließlich Privatpatienten behandelt. Nach der erbrachten Leistung erhält der Patient eine Rechnung, die er bei seiner privaten Krankenversicherung zur Erstattung einreicht. Die Rechnung eines Selbstzahlers wird im Krankenhaus nach dem Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif (DKG-NT) berechnet, auch hier gibt es für jede ärztliche Leistung eine Gebührenziffer, während zwischen einem Privatpatienten und dem Chefarzt ein Vertragsverhältnis vorliegt [vgl. Längen 2007, 51].

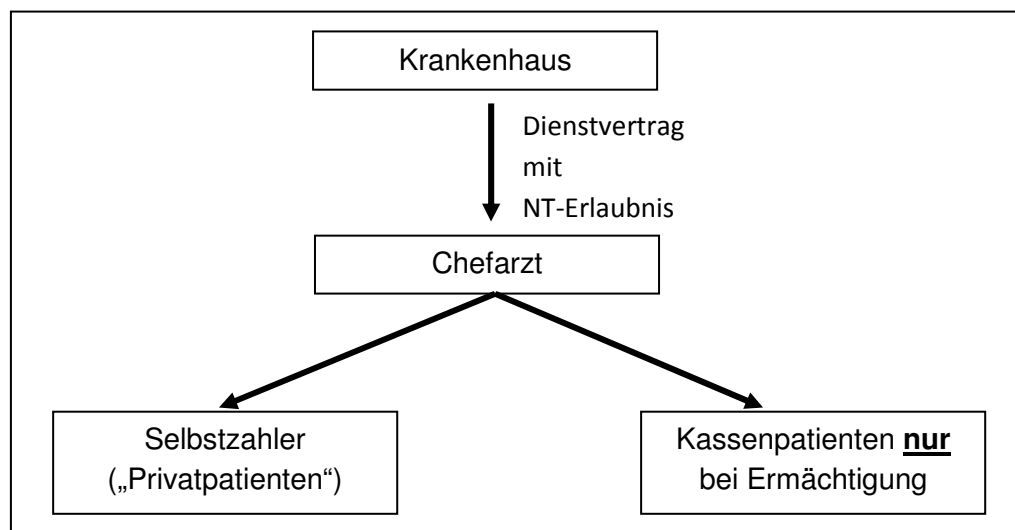


Abbildung 11: System der Chefarztambulanz
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Münzel/Zeller 2008, 38)

Werden ambulante Leistungen aufgrund eines Notfalls im Krankenhaus erbracht, so gelten die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB). Vergütet werden ambulante Notfallbehandlungen für Selbstzahler nach dem jeweiligen Haustarif, der gilt [vgl. Münzel/Zeiler 2008, 18]. Da es sich bei einem Chefarzt um keinen niedergelassenen, sondern um einen angestellten bzw. beamteten Krankenhausarzt handelt, darf er ambulante Leistungen nur dann vornehmen, wenn diese als Nebentätigkeit gelten. Ihm wurde eine Nebentätigkeitserlaubnis zuteil, mit der er eine Ambulanz im Krankenhaus betreiben kann [vgl. Münzel/Zeiler 2008, 37]. „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in Abkehr von diesem System in ihrem Vertragsmuster die Vornahme ambulanter Leistungen mittlerweile zu einer Dienstpflicht des Chefarztes erhoben“ [Münzel/Zeiler 2008, 37]. Der Chefarzt hat somit seine eigene Ambulanz, in der er neben gesetzlich Versicherten auch Selbstzahler behandeln kann. Für die Behandlung von gesetzlich Versicherten benötigt der Chefarzt allerdings eine Teilnahme am System der kassenärztlichen Versorgung [vgl. Münzel/Zeiler 2008, 37]

Es ist schwierig, die Zahl der Selbstzahler zu erfassen, da sie in der internen Buchhaltung meistens nicht getrennt von den Privatpatienten aufgeführt ist [vgl. Lungen 2007, 49].

Ein großer Unterschied zum kommunalen Krankenhaus ist bei der Selbstzahlerklinik, dass sie weitaus spezialisierter ist. Sie verfügt über einen kleineren Umfang des Versorgungsauftrags und kann sich daher besser und freier am Markt orientieren. In der Regel sind diese Kliniken kleiner und auf weniger verschiedene Erkrankungen spezialisiert. Demnach werden auch weniger Betten benötigt. Eine private Klinik legt ihr Augenmerk zunehmend auf elektive Krankheitsbilder. Darunter sind Wahlleistungen zu verstehen, die nicht unbedingt von den Krankenkassen getragen werden. Hierzu zählen beispielsweise Schönheitsoperationen oder ein Wunschkaiserschnitt. Auch gilt jede Operation, die nicht lebensrettend ist, als elektiv, wie zum Beispiel das Einsetzen eines neuen Hüftgelenks. Um zu überleben, ist diese Operation nicht zwingend notwendig [vgl. Statistisches Bundesamt 2013a]. Insbesondere Rehakliniken mit privater Trägerschaft bieten verschiedene Wahlleistungen an, die der Patient selbst tragen muss [vgl. Hoefert 2007, 221].

Zu den vier größten privaten Kliniken gehören die Helios-, Asklepios-, Rhön-, und die Sanaklinken. Während die Helioskliniken 2012 mit 3,2 Mrd. Euro den größten Umsatz erwirtschafteten, lag der Umsatz der Sanaklinken nur bei 1,79 Mrd. Euro:

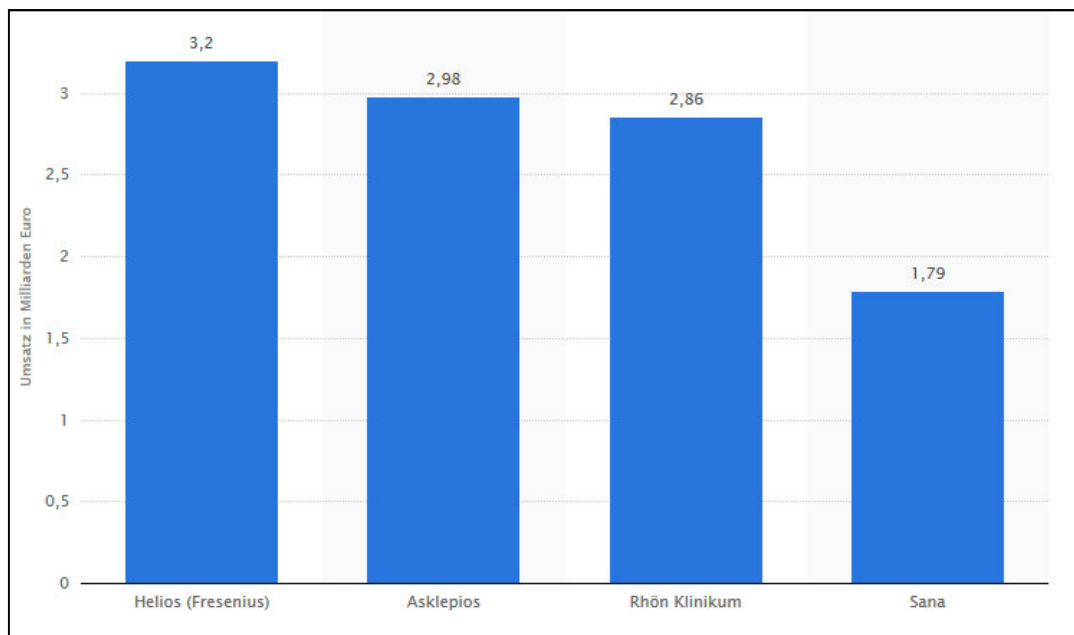


Abbildung 12: Umsatz der größten privaten Klinikbetreiber 2012 (in Milliarden Euro)
(Quelle: Statista 2014)

Neben zahlreichen Schönheitskliniken, die ästhetische Eingriffe vornehmen und auf Selbstzahler-Basis beruhen, gibt es Kliniken, die Rehabilitation auf Selbstzahler-Basis anbieten. Grund hierfür ist, dass die Krankenkasse oder Rentenversicherung nicht immer die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen übernimmt. Verschiedene Kliniken wie beispielsweise die Sana-Kliniken oder die Klinik Bavaria stellen das Angebot zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung. Dies bedeutet: Die Patienten können in einem angenehmen Ambiente verschiedene Rehabilitationsangebote sowohl medizinisch als auch therapeutisch annehmen. Für die Patienten gibt es außerdem individuelle Angebote. Zum einen gibt es *Rehabilitationskuren*, d.h. nach der Aufnahmeuntersuchung wird abhängig vom Gesundheitszustand ein eigens zugeschnittenes Behandlungsprogramm mit dem Arzt und dem Patienten besprochen. Zum anderen gibt es diese *Kuren für Hochbetagte*, die nicht mehr im Berufsleben stehen. Auch hier wird ein altersgerechtes Behandlungsprogramm entwickelt [vgl. Klinik Bavaria 2014].

5.1.5 Sport- und Fitnessbereich

Immer mehr älter werdende Menschen sind in Fitnessstudios anzutreffen oder schließen sich einer Nordic-Walking Gruppe an. Wichtig hierbei sind auch die sozialen Kontakte, die innerhalb einer Sportgruppe gepflegt werden.

Die Betreiber von Fitnessstudios haben bereits erkannt, dass ein Umdenken bzw. eine Umstrukturierung erforderlich ist. Ein Imagewandel und eine Neuausrichtung sind spürbar, denn Gesundheit sowie deren Erhaltung nehmen einen zunehmenden Stellenwert ein. Gerade die Kundschaft 50Plus, die fitter und motivierter ist als jemals zuvor, findet sich in diesen Fitnessstudios. Es werden spezielle Angebote und Konzepte entwickelt, die auf die Bedürfnisse und Ansprüche dieser Zielgruppe ausgelegt sind. Vertrautes individuelles Training mit qualifiziertem Personal, oft auch Physiotherapeuten, stehen im Mittelpunkt. Ältere, nicht mehr erwerbstätige Menschen, wollen ein Fitnessprogramm in den Morgenstunden nutzen. Deshalb fanden in Bezug auf Öffnungszeiten Veränderungen statt. So wurden diese auf den frühen Morgen ausgedehnt und günstige Vormittagstarife eingeführt. Fitnessstudios werden immer mehr zu Gesundheitsstudios, da mit *Gesundheit* automatisch positive, altersunabhängige Assoziationen aufkommen [vgl. Gesundheit-Report 2008].

Das Angebot für Senioren ist ebenso breit aufgestellt, denn spezielle Seniorenfitnessstudios boomen. Oft arbeiten ältere Menschen dort ehrenamtlich und motivieren so andere ältere Besucher. Im Vordergrund dieser Fitnessstudios steht die Erhaltung körperlicher Fitness im Sinne von Beweglichkeit, Ausdauer und Kraft um den Alltag besser und selbstständiger zu bestreiten [vgl. Ärzteblatt 2014].

5.1.6 Angebote für chronisch Kranke

„Auch chronisch Kranke können ihr Leben eigenverantwortlich gestalten“ [Kreyher 2005, 150]. Für älter werdende Menschen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden oder Personen mit Risikofaktoren können beispielsweise Wellness-Programme mit ärztlicher Begleitung sinnvoll sein, kurz: *Medical Wellness*. Hierzu zählen Personen mit stressbedingten Störungen und Leiden, mit Rückenbeschwerden, Rheuma und Herz-Kreislauf-Beschwerden. Auch Risikofaktoren wie Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht, Nikotinsucht, begünstigen solche Krankheitsbilder. Eine entsprechende Le-

bensführung hat großen Einfluss darauf, ob eine Erkrankung entsteht und wie sich deren Krankheitsverlauf entwickelt. [vgl. Deutscher Wellness Verband 2011].

Die meisten chronischen Erkrankungen im Bewegungsapparat sowie in den Gefäßen finden ihre Ursache in einer ungesunden Lebensweise. Wenn sich also das Ess- und Bewegungsverhalten verändert, können Erkrankungen wie beispielsweise Herzinfarkte, Dickdarmkrebs oder Diabetes Mellitus Typ II sogar verhindert werden. Viele dieser Menschen schaffen es nicht, regelmäßige körperliche Aktivität in ihren Alltag zu integrieren. Unterstützung kann man in Fitnessstudios finden. Gerade für chronisch kranke Ältere bietet solch ein Fitness-Studio einen sehr guten Ausgleich, auch bereits vorhandene Schädigungen können durch gezielte Geräte- und Gymnastikübungen positiv beeinflusst werden. Ausschlaggebend ist ein kompetenter Trainer, der den Körper auf alltägliche oder bevorstehende Belastungen vorbereitet. Hierbei können chronisch Kranke ihre sozialen Kontakte weiter ausbauen, während das Selbstwertgefühl sowie das körperliche Wohlbefinden steigen [vgl. Gesundheits-Report 2008].

Auch gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Präventionsprogramme für chronisch Kranke im Erwerbsleben zu gestalten. Beispielsweise gibt es arbeitsmedizinische Präventionsprojekte, deren „Ziele die Quantifizierung arbeitsbezogener Einflüsse auf den arteriellen Blutdruck sowie eine umfassende Hypertonieprävention“ sind [Stork 2010, 62]. Es handelt sich hauptsächlich um betriebliche Sekundärprävention. Das Risikofaktoren-screening und die Früherkennung bilden die Hauptbestandteile. In mittleren- und Großbetrieben gibt es sehr gute Möglichkeiten, die Arbeitsmedizin erfolgreich zu gestalten. Hier trifft die arbeitsmedizinische und allgemeine Prävention auf Früherkennungsmaßnahmen. Genaue Informationen und Transparenz sind Voraussetzung, denn es muss sichergestellt sein, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt, es sich um reine Präventionsmaßnahmen handelt und die Untersuchungsergebnisse vertraulich behandelt werden [vgl. Stork 2010, 62].

Im Zuge der Arbeitsmedizin spielt der Betriebsarzt eine zentrale Rolle. Er kann zur Optimierung, Qualität und Nachhaltigkeit bestimmter Maßnahmen für chronisch kranke Mitarbeiter einen wesentlichen Beitrag leisten. Sein Aufgabenspektrum beinhaltet neben Vorsorgeuntersuchungen auch Einstellungs- und Einzelfalluntersuchungen. Darüber hinaus finden betriebsärztliche Sprechstunden statt und somit fungiert er als Teil eines diagnostischen und therapeutischen Netzwerkes. Er setzt sich mit Hausärzten und anderen Fachärzten in Verbindung, bringt Diagnostik und Therapie in Gang und

gibt seine Kenntnisse strukturierter Programme bezüglich der Behandlung weiter [vgl. Weber 2010, 71ff].

Auch für an Demenz Erkrankte gibt es die Möglichkeit, an einem betreuten Urlaub mit ihren Angehörigen teilzunehmen. Ziel dieses Urlaubs ist, sich zu regenerieren, sich zu erholen und zu entspannen. Obwohl die Reise aus mehreren Teilnehmern besteht, wird der Urlaub individuell ausgerichtet, wobei die Sicherheit der an Demenz erkrankten Personen im Vordergrund steht. Es besteht für Angehörige die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und auszuspannen, während sich die Betreuer um den Erkrankten kümmern. Es wird ein Rahmenprogramm festgelegt, das aus verschiedenen Aktivitäten, Ausflügen und Angeboten individuell geplant ist und entweder von den Angehörigen alleine, aber auch mit dem Betroffenen zusammen genutzt werden kann. Eine Tagesbetreuung für den Erkrankten (unter fachlicher Anleitung) sowie eine Reiseleitung ist Teil des Urlaubs. Ein gegenseitiger Austausch unter allen Beteiligten erweckt neue Erfahrungen und Sichtweisen [vgl. Alzheimer Gesellschaft Schleswig Holstein 2014].

5.1.7 Gesundheitstouristische Angebote

Der Gesundheitstourismus boomt derzeit und ein Anstieg wird prognostiziert. Hierbei liegt der Trend vor allem darin, Urlaub, Wellness, Fitness und Gesundheit stärker miteinander zu verbinden. Das Reiseverhalten ist stark von der jeweils vorhandenen Freizeit abhängig. Keine Generation zuvor hatte sowohl materiell als auch auf die Gesundheit bezogen so viele verschiedene Optionen, das Leben zu gestalten. Beim Gesundheitstourismus für diese Altersgruppe steht vor allem eine Kombination aus Erholung, ausreichender Bewegung sowie gesunder Ernährung im Zentrum [vgl. Pompe 2013, 40].

Verschiedene Sparten, deren Übergänge ineinandergreifen, haben großes Potential. Insgesamt sind sechs Angebotssparten zu nennen, die ersten drei sind krankheitsunabhängig, während die letzten drei Angebote indikationsbezogen sind. Die erste Sparte stellt die *Primärprävention* dar. Sie zielt darauf ab, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Hierbei werden vier Bereiche differenziert: Bewegung, Ernährung, Entspannung und Sucht. Bei der zweiten Sparte, der *Leistungsfähigkeit*, geht es vor allem um Stressmanagement und Stressprävention. Programme, die individuell durchgeführt werden und sowohl physische als auch psychische Leistungsfähigkeit verbes-

sern, stehen im Vordergrund. Ausschlaggebend sind medizinisch- und psychologisch-therapeutische Kompetenzen der Anbieter. Das Angebot schließt Lebensstil-Coaching, Resilienzerhöhung (Widerstandskraft gegen Krankheiten und Krisen trainieren) sowie Marathontraining mit ein [vgl. bmwi 2011, 13ff].

Attraktivität bildet das dritte gesundheitstouristische Motiv. Hier sind bestimmte Techniken von Bedeutung, die sowohl in der Dermatologie als auch in der ästhetischen Chirurgie angewendet werden. Im Urlaub sollen die eigene Attraktivität und die Optik gezielt verbessert werden. Spezialisierte Einrichtungen der Gesundheitshotellerie sowie Kliniken, die sich touristisch ausrichten, bieten diese Programme an. In der vierten Sparte geht es um die *Sekundär- und Tertiärprävention*. Zielgerichtete, kompetente und individuelle Maßnahmen, die mittelfristig den Medikamentenbedarf reduzieren, sowie Früherkennung und Verhinderung einer Verschlimmerung einer Krankheit. Älter werdende Menschen bevorzugen solche Maßnahmen in angenehmer Atmosphäre, so distanzieren sie sich in einem Gesundheitsurlaub vom rein medizinischen Umgang. Unternehmen profitieren hierbei von wenigen Streuverlusten, denn dieser Zielgruppe ist das gesundheitliche Risiko bewusst und sie informiert sich daher gezielt.

Die letzten beiden Sparten machen die *Rehabilitation* sowie die *Heilung und Linderung* aus. Das Angebot von klassischen medizinischen Leistungen der Rehabilitation gilt oft für standortferne inländische Patienten. Wenn es um die Wahl einer wohnortfernen Einrichtung geht, steht die Qualität der medizinischen Leistung an oberster Stelle. Ebenso wichtig sind die Lage sowie die gebotene Infrastruktur. Gerade Zusatzangebote können hier ausschlaggebend sein, beispielweise Programme des *Medical Wellness* [vgl. bmwi 2011, 13ff].

Angebotssparten im Gesundheitstourismus mit fließenden Grenzen				
	Angebotssparten	Motivation/ Ziel aus Kundensicht	Beispiele	Anbieterrelevanz
nicht indikationsorientiert (Diagnose nicht relevant)	I Primärprävention	Krankheitsvermeidung, Gesundheitserhaltung, Kompetenzen für gesundheitsfördernde Lebensweise	Vorbeugung bspw. durch Ernährung, Sport, Wellness	sämtliche medizinisch/touristische Anbieter mit Qualifikationsanforderungen nach Leitfaden Prävention der Krankenkassen
	II Leistungsfähigkeit	Erreichung eines leistungsdefinierten Ziels	Resilienzerhöhung (Widerstandskraft gegen Krankheiten) durch Meditation, Marathontraining	Anbieter mit medizinisch und/oder psychologisch-therapeutischem Bereich
	III Attraktivität	Erhöhung der Attraktivität	Dermabrasion, Chemical Peeling	Anbieter mit medizinisch-therapeutischem Bereich
Indikationsorientiert (Diagnose relevant)	IV Sekundär-/Tertiärprävention	Früherkennung, Verhinderung der Verschlimmerung oder des Wiederauftretens einer Erkrankung	Einführung in das Joggen bei Bluthochdruck Chronische Erkrankungen	medizinisch-therapeutische Einrichtungen mit Programmleitung, in Kooperation mit touristischen Anbietern
	V Rehabilitation	Wiederherstellung der Gesundheit	nach Eingriffen, Anschlussreha nach Unfall	medizinisch-therapeutische Einrichtungen
	VI Heilung und Linderung	Behandlung einer Erkrankung	Patientenreise in spezialisierte Klinik	medizinisch-therapeutische Einrichtungen

Abbildung 13: Angebotssparten im Gesundheitstourismus mit fließenden Grenzen
(Quelle: bmwi 2011, 13)

5.1.8 Gesundheitscheck-Up für älter werdende Manager

Für Führungskräfte, die älter werden und es sich oft aus Zeitmangel nicht leisten, für einen Gesundheitscheck-up von Kardiologe bis beispielsweise hin zum Internisten zu wechseln, konzipierte die Essener Preventicum ein Programm für speziell diese Zielgruppe. Seinen Ursprung fand dieses Konzept an einer Essener Uni-Klinik, denn während der Radiologe Jörg Debatin verschiedene Unternehmen um Spenden für medizinische Geräte bat, bot er als Gegenleistung Vorsorgeuntersuchungen für deren Mitarbeiter an. 2002 schlossen sich verschiedene Investoren an, sodass die Einrichtung ausgegliedert werden konnte. Insgesamt schlossen sich 18 Gesellschafter an, die zusammen 1,65 Millionen Euro an Startkapital einbrachten, woraufhin Preventicum gegründet wurde. Der Vorteil für älter werdende Manager ist, dass es sich um eine zeitsparende Vorsorgeuntersuchung handelt, während das Unternehmen von einer gesunden Führungskraft weiterhin profitieren kann. Beim Medizindienstleister *Preventicum* dauert ein solcher Durchlauf ca. vier Stunden.

Da die Leistungsfähigkeit älter werdender Mitarbeiter möglichst lang erhalten bleiben soll, haben sich auch viele andere Unternehmen auf dieses Gebiet spezialisiert. So zum Beispiel die *Karlsruher Prevent*, mittlerweile führender Anbieter auf dem Bereich Gesundheits-Check-ups. 30% aller Dax-notierten Unternehmen wählten *Prevent*, um ihre älter werdenden Führungskräfte durchchecken zu lassen. Diese Untersuchungen werden allerdings nicht von den Krankenkassen getragen, dafür müssen die Unternehmen selbst aufkommen. Da sich jeder privat einer Vorsorge unterziehen kann, gibt es hierbei einen Mehrwert für die Manager, der über eine rein medizinische Untersuchung hinausgeht. So kann sich eine älter werdende Führungskraft in ihrem persönlichen Warteraum nach einer Kernspintomographie zurückziehen und geschäftliche Dinge, vom wichtigen Telefonat bis hin zum Abrufen der E-Mails, erledigen. Damit ist die Zeit für diese Manager trotzdem sinnvoll genutzt [vgl. Handelsblatt 2004].

Des Weiteren wurden *CorporateHealth-Gesundheitspläne* für älter werdende Manager entwickelt. Damit werden individuelle Bedürfnisse erfüllt. Eine Firma oder ein Unternehmen kann seinen Führungskräften alle zwei Jahre einen altersspezifischen Gesundheitscheck-Up ermöglichen. Hierfür gibt es spezielle, bundesweit kooperierende *CorporateHealth-Zentren*. Es gibt vier Level, sie beziehen sich auf das unterschiedliche Alter von Führungskräften, dementsprechend ist das Level drei und vier hier von Bedeutung, da ersteres für Manager ab 45 Jahren empfohlen wird. Zusätzlich wird dieser Zielgruppe ein *Medical Tele-Coaching* während des Jahres angeboten. Hier können alle Fragen diesbezüglich des Check-Ups und andere essentielle Gesundheitsthemen geklärt werden. Wieder eine große Zeitersparnis für die Manager, da Arztbesuche, um diese Fragen zu beantworten, nicht mehr nötig sind [vgl. CorporateHealth 2014].

5.1.9 Medikamentöse Angebote im Consumer Bereich am Beispiel

von Cialis: „Helden der Liebe“

In Deutschland sind ca. vier bis sechs Millionen Männer von Erektionsstörungen (=Erektile Dysfunktion) betroffen. Dies hängt stark mit dem Alter zusammen, je älter ein Mann wird, desto höher ist das Risiko und desto häufiger tritt diese Störung auf. Aus diesem Grund entwickelte Lilly Deutschland das Medikament *Cialis* und brachte es auf den Markt. Das Tabuthema Erektionsstörung wurde somit kommuniziert. Die Ursachen können von unterschiedliche Natur sein, doch meistens sind Stress, seelisches Un-

gleichgewicht, körperliche Beeinträchtigungen oder auch Medikamente dafür verantwortlich. Der Werbespot „Helden der Liebe“ spricht dieses Thema ganz offen an und gibt anderen Männern Mut, das Problem aktiv anzugehen und einen Arzt aufzusuchen. Lilly Deutschland wirbt dabei für das Medikament Cialis, das den Männern bei Erektionsstörungen helfen kann. Diese Männer sind nicht alleine mit ihrem Problem und ein Lösungsansatz wird geboten. Auf der dazugehörigen Internetseite werden außerdem Ratschläge gegeben, wie Männer, abgesehen von dem Medikament, das Risiko verringern können. Abgesehen davon kann diese Zielgruppe an einem Selbsttest teilnehmen. Des Weiteren teilen auf dieser Seite viele andere Leidenserfahrene, unter *Unsere Helden der Liebe*, ihre eigenen Erfahrungen. Da Männer nach wie vor ungern über dieses Problem sprechen und der erste Schritt, einen Arzt aufzusuchen, oft der schwerste ist, gibt es dort ein *virtuelles Arztgespräch*, sodass der Mann bereits weiß, was in diesem Gespräch auf ihn zukommt [vgl. Helden-der-Liebe].

5.2 Kommunikationspolitik

Um die Zielgruppe älter werdende Menschen erfolgreich anzusprechen, müssen essentielle Charaktereigenschaften einer solchen Konsumentengruppe bekannt sein. Dazu zählt auch ein Grundverständnis für deren Wertvorstellungen, wie sie ihrem Leben gegenüberstehen, ihr Alter wahrnehmen und sich verhalten. Kein anderer Markt jedoch ist in sich so heterogen wie dieser, da sich mit dem Älterwerden Bedürfnisse und Verhaltensweisen ändern. Daher muss der ungleiche Gesamtmarkt in homogene Teilmärkte aufgespaltet werden. Um eine zielgruppengerechte Ansprache zu gewährleisten, benötigt jeder Teilmarkt wiederum seinen eigenen Marketing-Mix. Segmentierungskriterien sind beispielsweise das Alter, unterschiedliche Lebensstile und –phasen [vgl. Rutishauser 2007, 15].

Die Sinnhaftigkeit sowie der Nutzen eines Produktes oder einer Dienstleistung sollte bei älter werdenden Menschen zunehmend Beachtung finden. Es muss also klar kommuniziert werden, warum der Kunde genau dieses Produkt kaufen soll. Aufgrund ihrer jahrelangen Einkaufs- und Konsumerfahrung werden viele Menschen im fortgeschrittenen Alter kritischer und oft auch misstrauischer. Aus diesem Grund ist Glaubwürdigkeit Bedingung für eine erfolgreiche Kommunikation [vgl. Meyer 2009 , 9].

5.2.1 Traditionelle Kommunikationsinstrumente

„Ein Grundbedürfnis der Menschen ist es, so lange wie möglich dazugehören. Deswegen ist Werbung, die die Zielgruppe mit verschiedenen Altersklassen präsentiert (Familie, Freunde, Lebensgemeinschaft) für die Seniorenansprache ideal“ [Meyer 2009, 9].

Angaben in %	50 – 64 Jahre	65 Jahre und älter
Familie	72,0	72,5
Fernsehen	70,4	70,4
Zeitung	67,0	62,2
Zeitschriften	46,0	37,2
Radio	31,9	26,2

Abbildung 14: Informationsquellen zu allgemeinen Themen
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zaroba 2002, 34)

Best Ager legen neben den eigenen Erfahrungen zudem viel Wert auf Informationen aus dem Familien- und Freundeskreis, da ihnen hier Vertrauen entgegengebracht wird. Doch unpersönliche Informationsquellen, wie die Massenmedien, werden zunehmend wichtiger. Die folgende Tabelle zeigt dies. Ebenso, welchen hohen Stellenwert Fernsehen und das Medium Zeitung einnehmen. Gerade die ab 65-Jährigen bevorzugen diese Medien, Zeitschriften und Radio treten als Informationsquelle in den Hintergrund [vgl. Zaroba 2002, 34].

Die älter werdende Generation hat Werbung betreffend hohe Ansprüche. Anzeigenformate, die eine typische *Kauf-mich* Botschaft vermitteln, erreichen die Zielgruppe nicht. Dazu zählen zum Beispiel Signalfarben wie rot, kreischende Schlagwörter oder Menschen, die perfektioniert und idealisiert werden. Kurz, klar und deutlich sollte die Werbung sein. Gerade älter werdende Menschen möchten trotz ihres Alters immer noch dazu gehören. So ist es ideal, Werbung mit verschiedenen Altersgruppierungen zu gestalten (Familie, Freunde, Lebensgemeinschaft). Je älter die Menschen werden, desto mehr nehmen auch sensitive Fähigkeiten ab. Daher wird bei der Gestaltung der Werbung nahegelegt, eine große Schrift und starke Kontraste zu verwenden, aber auf

eine schrille Farbgestaltung zu verzichten. Kurz: Augen- und leserfreundlich [vgl. Meyer 2009, 9ff].

Best Ager wiederum legen ein großes Augenmerk auf Stil, Klasse und Eleganz. *Chanel* gibt ein gutes Beispiel für ansprechende Werbung. Nicole Kidman fungiert als authentisches Testimonial, Ästhetik steht im Vordergrund. Für die Generation 50 Plus beispielsweise ist die *Dove* Werbung ideal. Sie verkörpert genau das, was diese Altersgruppe anspricht: Natürlichkeit und Reife, weg vom idealisierten Jugend- und Schönheitswahn. *Dove* schafft es mit zielgruppengerechter Kommunikation Lebensfreude zu vermitteln. Die Kernbotschaft von *Dove* sagt: Altwerden muss kein Kampf sein, sondern kann schön und lebenswert sein. Viele Frauen können sich mit den Rundungen und Problemzonen identifizieren [vgl. Meyer 2009, 10]. Es wird Abstand davon genommen, Attraktivität würde nicht mit dem Alter einhergehen [vgl. Sechste Altenberichtskommission 2010, 246].

Andere Unternehmen konzentrieren sich ebenso zunehmend auf diese Vorstellung und möchten ältere Menschen positiv darstellen. Mit der Zeit konnte eine solche Darstellungsveränderung älterer Menschen in der Werbung wahrgenommen werden [vgl. Sechste Altenberichtskommission 2010, 247f]. Geht es in der Werbung um älter werdende Menschen, so ist vor allem wichtig, die Kommunikation am Selbstbild dieser Zielgruppe auszurichten. Dafür muss herausgefunden werden, wie sich diese Gruppe selbst sieht, welche Bedürfnisse und Einstellungen an den Tag gelegt werden und wie sie denken und fühlen [vgl. Störl 2011, 29].

5.2.2 Innovative Kommunikationsinstrumente

Im Bereich der persönlichen Kundenberatung im Umgang mit älter werdenden Personen ist Einfühlungsvermögen wichtig. Ältere Menschen wollen nicht bevormundet werden und nicht das Gefühl haben, zu den Alten zu gehören. Eigenschaften, die automatisch mit Alter in Verbindung gesetzt werden, sollten nicht erwähnt und angesprochen werden. Da die persönliche Beratung auch hier nach wie vor sehr gefragt ist, steht fachliche Kompetenz im Vordergrund. Gegenseitiger Respekt ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation, sodass zwischen Konsument und Verkäufer eine Vertrauensbasis entsteht. Andernfalls fühlen sich ältere Menschen heruntergestuft und diskriminiert. Je nach Branche, beispielsweise wenn es um technische Produkte geht,

legen ältere Personen viel Wert darauf, von jüngerem Personal beraten zu werden, da sie deren Erfahrungen und Kompetenzen vertrauen [vgl. Sechste Altenberichtkommission 2010, 252].

Die Anzahl der Internetnutzer wächst bei dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich an, Onlinedienste werden regelmäßig genutzt. 2012 waren es bereits 60% der 60 bis 69-Jährigen, in der Altersgruppe der über 70-Jährigen sind 28% regelmäßig online. Diese Gruppe weist auch den größten Anstieg auf [vgl. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2012]. Da diese Zielgruppe offensichtlich zunehmend wichtiger wird, müssen Anpassungen getroffen werden, die altersspezifischen Bedürfnissen entsprechen [vgl. Eikmeier 2005, 1].

Das Internet dient nicht nur zum Online-Shopping, sondern auch zur Pflege und Nutzung sozialer Netzwerke. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) gab den *Wegweiser durch die digitale Welt* heraus. Älter werdende Menschen können sich auf diesem Weg nützliche Ratschläge einholen, wie sie sicher im Internet vorgehen [vgl. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2012]. „Die rasante Entwicklung auf dem Gebiet der Technik und der Internetmärkte hat eine Überarbeitung des Ratgebers notwendig gemacht“ [Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2012]. Dieser erneuerte Ratgeber hält nun auch Informationen bereit, wie man mit Smartphones und Tablet-PCs das Internet nutzen kann, wie eigene Daten beim Online-Einkauf durch ein sicheres Passwort geschützt werden können und informiert darüber, wie älter werdende Menschen ihre Persönlichkeit beim Nutzen der sozialen Netzwerke schützen und wahren können. Älter werdenden Menschen bietet das Internet Möglichkeiten und Chancen, mit anderen in Kontakt zu treten und zu bleiben, Nachrichten auszutauschen und Behördengänge zu reduzieren [vgl. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2012].

Das Internet als Freundschafts-Netzwerk boomt bei der 50Plus Generation. *Facebook* und *Stayfriends* (32% und 28%) lagen im vergangenen Jahr vor *Wer-kennt-wen* (18%). Die verschiedenen Altersgruppen weisen hierbei unterschiedliche Präferenzen vor, denn während bei den 50- bis 64-Jährigen Facebook als Marktführer vor Stayfriends (38 zu 31 Prozent) liegt, ziehen die 65- bis 69-Jährigen das Netzwerk Stayfriends. (Stayfriends 21, Facebook 16 Prozent) vor. Stayfriends setzt den Fokus darauf, ehemalige Mitschülerinnen und Mitschüler zu vernetzen. Es besteht also die Möglichkeit, ehemalige Schulfreunde zu kontaktieren [bitkom 2012]. Das soziale Netzwerk *Wer-kennt-wen* existiert mittlerweile nicht mehr.

6 Praxisbeispiel: Angebote für älter werdende Menschen in Baden-Baden

Älter werdende Menschen möchten auch im hohen Alter einer gewissen Jugendlichkeit entsprechen. So bieten sich ihnen beispielsweise in Baden-Baden vielfältige Angebote an Plastisch-Ästhetischer Chirurgie. Das Angebotsspektrum der *Clinic im Zentrum* umfasst Lidstraffungen, Faltenunterspritzungen, Fettabsaugungen, Behandlungen von Krampfadern, Anti-Aging u.v.m. Weiterhin bietet sie Behandlungen der Ästhetischen Zahnmedizin an [vgl. Clinic-im-Centrum 2014]. Des Weiteren findet man in Baden-Baden die Stadtklinik als Zentralversorgungs Krankenhaus und einem Medical Check-up, Krankenhäuser mit privater Trägerschaft wie die Nexus Klinik oder die Max Grundig Klinik Bühlerhöhe. Zweitere ist eine Fachklinik für Internistische und Psychologische Medizin, mit Anschlussheilbehandlungen und einem Check-up Zentrum. Nicht unerwähnt sollte die DRK Klinik als Fachklinik für Orthopädie und spezielle orthopädische Chirurgie, Rheumatologie, Handchirurgie, plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie bleiben. Als Rheumazentrum für innere Medizin und Rheumatologie sowie als Psychosomatische Klinik sind die Acura Kliniken bekannt.

Außerdem wird die Möglichkeit eines Gesundheitsprogrammes in Form einer ambulanten Kur bzw. einer ambulanten Vorsorgeleistung angeboten. Grundsätzlich besteht das Angebot zur Vorsorge und einem Gesundheitscheck-Up in den Bereichen Basis-, Herz-Kreislauf- oder Führungskräfte-Check-Up. Es kann zwischen den zuvor aufgeführten Kliniken gewählt werden. Auch stehen einige Rehabilitationskliniken zur Auswahl [vgl. Baden-Baden Kur & Tourismus 2014].

Die Kurstadt Baden-Baden ist berühmt für ihr Wellness- und Spaangebot, insbesondere das Carasanaangebot mit der *Caracalla Therme*, dem *Friedrichsbad*, *CaraVitalis* und *ArenaVita*. Die *Caracalla Therme* mit großzügiger Bade- und Saunalandschaft sowie einer Wellness Lounge bietet für älter werdende Menschen, die noch im Berufsleben stehen, einen Ausgleich zu Stress und Druck. Das Therapie-Angebot reicht von Anti-Schmerz, Anti-Stress und Anti-Aging über Day Spa bis hin zur Reflexzonenmassage und Fango. Die dafür eingerichteten Gesundheitszentren bieten ein eigens auf den Patienten abgestimmtes Behandlungsprogramm [vgl. Baden-Baden Kur & Tourismus 2014].

Auch das Kurhaus Baden-Baden hat mit dem Casino, der Equipage (Tanz-, Musik-, und Cocktailbar), der Philharmonie und dem Restaurant eine breit Palette an Angeboten aufzuweisen. Das Kurhaus ist durch die Kolonnaden direkt mit dem Stadtzentrum verbunden. Im Kurhaus Restaurant besteht die Möglichkeit, den Gourmet Salon für größere Veranstaltungen zu buchen. Darüber hinaus können mobilitätseingeschränkte ältere Personen problemlos ihren Tag dort genießen, da alle Bereiche barrierefrei konstruiert wurden [vgl. Kurhauscasino Baden-Baden 2014].

Neben dem Theater Baden-Baden, das als eines der schönsten in Deutschland, gilt, hat auch das Festspielhaus Baden-Baden ein stolzes kulturelles Programm, weit über Deutschlands Grenzen, vorzuweisen [vgl. Festspielhaus Baden-Baden]. Auch Museen, beispielsweise das Frieda Burda Museum, Kirchen und Schlösser sind sehenswert [vgl. Baden-Baden Kur & Tourismus 2014].

Aktive ältere Menschen können in Baden-Baden und Umgebung vielfältige Angebote wie Tennis, Reiten, Wandern, Nordic Walking und E-Biking nutzen. Für Touristen ist vor allem die Schwarzwaldhochstraße interessant, sie führt von Baden-Baden aus zu sehenswerten Zielen. Für Golf-Liebhaber eignet sich Baden-Baden mit seinen Golf Regionen ebenfalls sehr gut [vgl. Baden-Baden Kur & Tourismus 2014].

Für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen wurde in Baden-Baden ein Pflegestützpunkt ins Leben gerufen, der Konzepte für eine *barriere-freies Wohnen* als Wohnungsberatung entwickelt. Die Beratung beinhaltet eine genaue Analyse der Gegebenheiten, die in der Wohnung dieser Personen vorherrschen. Es werden Veränderungsmöglichkeiten vorgeschlagen, um die Selbstständigkeit und weitestgehende mobile Unabhängigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Damit soll die Lebensqualität verbessert und der Alltag sicherer werden [vgl. Baden-Baden Kur & Tourismus 2014a].

Präventive Programme wie beispielsweise Gymnastik, Wassergymnastik und Tanzen, bietet die DRK Baden-Baden. Ein abwechslungsreiches Programm unter qualifizierter Anleitung findet für älter werdende Menschen statt. Auch besteht die Möglichkeit, eine betreute Reise zu buchen [vgl. DRK-Kreisverband Baden-Baden 2014].

7 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen zur Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen

In dieser Arbeit wird ausgehend vom demografischen Wandel untersucht, welche Ansprüche und Bedürfnisse eine älter werdende Generation pflegt, welche Ansichten sie vertritt und worauf sie besonderen Wert legt. Für eine erfolgreiche Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen sind die nachfolgenden Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen entscheidend.

Berufliche und persönliche Weiterbildung

Es wurde bereits aufgezeigt, dass das Altern einer Erwerbsperson zwangsläufig keine Nachteile aufweisen muss. Älter werdende Menschen profitieren von einem höheren Erfahrungsschatz, Menschenkenntnis sowie Organisationswissen. Daher sollten diese Potenziale in Zukunft stärker genutzt werden, bestenfalls zusammen mit einer verbesserten Fort- und Weiterbildung im höheren beruflichen Alter sowie im Hinblick auf einen möglichen Fachkräftemangel. Durch geeignete Maßnahmen muss zusätzlich das Qualifikationsniveau der mittleren und älteren Jahrgänge erhalten und gegebenenfalls gesteigert werden. Auch der Trend, im höheren Alter Universitäten, Hochschulen, Seminare oder Kurse zu besuchen, wächst beständig. Deshalb ist die Förderung spezieller Angebote dieser Zielgruppe besonders wichtig.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliche Sekundärprävention

Im Bereich der primären Prävention gibt es ebenso Handlungsbedarf. Bislang werden die meisten Gesundheitsausgaben in Kranke investiert, doch muss auch Geld für Gesunde zur Verfügung stehen. Im Zuge des demografischen Wandels und des daraus resultierenden Fachkräftemangels gewinnt das *betriebliche Gesundheitsmanagement* immer mehr an Bedeutung. Das BGM sowie die Gesundheitsförderung im Unternehmen müssen verstärkt werden. Die Unternehmen müssen demografiefest gemacht werden, indem sie den Istzustand ermitteln und darauf aufbauend sowohl Strategien als auch Lösungsansätze entwickeln. Diese Entwicklung ist auch wichtig in Bezug auf die betriebliche Sekundärprävention. Die Zahl chronischer Erkrankungen steigt, deshalb werden Maßnahmen in einem Unternehmen von zentraler Bedeutung. Diese beziehen sich auf Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen.

Selbstständigkeit und Mobilität fördern

Da älter werdende Menschen langfristig betrachtet immer aktiver, selbstbewusster und selbstständiger bleiben, sollten Konzepte des betreuten Wohnens weiter ausgebaut werden. In den eigenen Räumlichkeiten wohnen zu können, trotzdem auf medizinische Versorgung zurückzugreifen und bei Wunsch sich in die Gesellschaft anderer zu begeben, ist ein zukunftssträchtiges Modell. Es führt dazu, dass eine gewisse Wahlmöglichkeit und Selbstbestimmtheit bestehen bleibt, weshalb die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit größer werden. Doch viele der älter werdenden Personen möchten so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben können. Dies wird realisierbar, wenn man die Wohnung altersgerecht umfunktioniert. Die Idee des Pflegestützpunktes in Baden-Baden geht hierbei als Beispiel voran.

Eine weitere Möglichkeit, älter werdende Menschen in ihrer Selbstständigkeit zu fördern besteht darin, ehrenamtlichen Tätigkeiten nachzugehen, also die Betätigungsmöglichkeiten in fortgeschrittenem Alter zu fördern. Menschen, die aus dem Erwerbsleben scheiden, fehlt es oft an Gestaltungsmöglichkeiten ihrer wiedergewonnenen Freizeit, demnach können sie sich ehrenamtlich einbringen.

Selbstständigkeit im Alter betrifft nicht nur aktive älter werdende Menschen, sondern auch Pflegebedürftige oder chronisch Kranke. Die Pflegebedürftigkeit steigt zwangsläufig, doch trotz körperlicher Einschränkung sollte das Leben als pflegebedürftiger älterer Mensch selbstbestimmt und einigermaßen mobil gestaltet werden.

Verbesserung medizinischer Versorgung chronisch kranker Menschen

Viele Menschen, die an Demenz erkranken, könnten länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, würde die medizinische Versorgung durch Fachärzte besser ausgearbeitet werden. Insbesondere gilt das für die zahnärztliche, augenärztliche sowie die Versorgung durch Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Maßnahmen gegen das Fortschreiten einer Demenz erbringen oft nicht den erhofften Erfolg, da das Gehirn bereits irreversibel geschädigt ist. Daher lohnt es sich, vor einer Erkrankung einzugreifen und Konzepte dagegen zu entwickeln, beispielsweise in Form einer medikamentösen Behandlung. Auf diesem Prinzip aufbauend sollten Patienten mit einem erhöhten Risiko mit Hilfe von Biomarkern identifiziert und behandelt werden. Des Weiteren bewährten sich Disease-Management-Programme für Diabetiker, doch auch hier gibt es Verbesserungs- und Handlungsbedarf. Der demografische Wandel und die Tatsache, dass Patienten nicht nur chronisch krank, sondern vielfach multimorbid sind, erfordern einen neuen Blick-

winkel auf den Patienten. Multimorbidität hat diverse Funktionseinschränkungen und Behinderungen zu Folge, weshalb diese Menschen ihren Alltag nicht mehr bewältigen können. Deswegen sollte der Fokus auf die qualitative Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen gelegt werden.

Neuer, innovativer Gesundheitstourismus

Das persönliche Gesundheitsmanagement gewinnt zunehmend an Bedeutung. Da der demografische Wandel bereits den Tourismus beeinflusst, sollten gewisse Rahmenbedingungen im Urlaub stimmen. Neben der baulichen Barrierefreiheit ist eine medizinisch-therapeutische Grundversorgung mittlerweile essentiell. Für chronisch krank Reisende ist eine Begleitung mit fundiertem medizinischem Fachwissen erfolgsversprechend. Ein Mehrwert entsteht nicht nur für den Patienten, sondern auch für den pflegenden Angehörigen. Auch der aufgezeigte Trend des *Medical Wellness & Spa* ist positiv hervorzuheben. Als Betreiber eines Hotels genügt es nicht mehr, einen reinen Wellness & Spa Bereich anzubieten. Der Mehrwert für einen Gast liegt im medizinisch-therapeutischen Angebot, das mit Wellness kombiniert wird. Für die älter werdende Generation ist daher eine Kombination aus Erholung, ausreichender Bewegung sowie gesunder Ernährung besonders wichtig.

Individuell ausgerichtete Gesundheits- und Fitnessprogramme

Fitness und körperliches Wohlbefinden liegen auch im Alter stark im Trend. Der Fokus liegt hier mehr bei *Gesundheitsstudios* als bei Fitnessstudios. Konzepte, auch Physiotherapeuten hinzuzuziehen, sind erfolgsversprechend. Ein individuelles und persönliches Programm, ausgeführt von qualifiziertem Fachpersonal, ist hierbei wichtig. Diese Gesundheitsstudios fördern zudem auch die Pflege sozialer Kontakte, da Gleichgesinnte zusammen kommen und Möglichkeiten des Gruppensports bestehen. Körperliche Fitness trägt in entscheidendem Maße zum Wohlbefinden und zur Steigerung der Lebensqualität bei.

Selbstzahlerangebote

Das Thema Anti-Aging spielt bei der älter werdenden Generation eine große Rolle. Daher haben sich viele Selbstzahlerangebote in diesem Bereich bewährt. Auch die Nachfrage von privaten Kliniken mit entsprechendem Angebot steigt, insbesondere wenn es sich um Plastisch-Ästhetische Chirurgie handelt. Das Selbstwertgefühl steigt, wenn man Falten straffen und Problemzonen reduzieren kann. Damit wächst auch die Lebensqualität dieser Altersgruppe.



Abbildung 15: Erfolgsfaktoren zur Förderung der Lebensqualität älter werdender Menschen
(Quelle: Eigene Darstellung)

Literaturverzeichnis

Aerzteblatt (2008): Diagnoseverfahren: Industrie profitiert von IGeL-Leistungen. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/61948?src=search> (Stand: 19.05.2014)

Aerzteblatt (2008a): Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ein Leben in autonomer Verantwortung. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59225/Gesundheitsbezogene-Lebensqualitaet-Ein-Leben-in-autonomer-Verantwortung> (Stand: 20.05.2014)

Aerzteblatt (2011): Älterwerden in Deutschland: Selbstbestimmtes Leben hat Priorität. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/117480/Aelterwerden-in-Deutschland-Selbstbestimmtes-Leben-hat-Prioritaet?src=search> (Stand: 11.06.2014)

Aerzteblatt (2013): Pflegebedürftige: Neue Standards. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/136926/Pflegebeduerftige-Neue-Standards> (Stand: 11.06.2014)

Aerzteblatt (2013a): 37. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer: Bewegung wirkt wie ein Medikament. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/134517/37-Interdisziplinaraeres-Forum-der-Bundesaerztekammer-Bewegung-wirkt-wie-ein-Medikament?src=search> (Stand: 12.06.2014)

Aerzteblatt (2014): Demografischer Wandel. Nachbarn helfen Nachbarn. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153465/Demografischer-Wandel-Nachbarn-helfen-Nachbarn?src=search> (Stand: 24.04.2014)

Alzheimer Gesellschaft Schleswig Holstein (2014): Betreuter Urlaub mit Demenzzkranken und Angehörigen. URL: <http://www.alzheimer-sh.de/projekte/urlaubsangebot/> (Stand: 16.05.2014)

Baden-Baden Kur & Tourismus (2014): URL: <http://www.baden-baden.de/gesundheit-kur-wellness/> (Stand: 20.04.2014).

Baden-Baden Kur & Tourismus (2014a): Barrierefrei Wohnen. URL: <http://www.baden-baden.de/de/buergerservice/c/content/contentstadt/lebenslage/verfahren/01692/index.html&nav=i813> (Stand: 12.06.2014)

Blaickner, Sonja (2000): Bitte schickt mich nicht ins Pflegeheim. Mut zur häuslichen Pflege von Angehörigen, Bad Schönborn.

Berg, Waldemar (2008): Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus. München. URL: http://books.google.de/books?id=0Qx4uG0H88MC&printsec=frontcover&dq=Gesundheitstourismus+und+Wellnesstourismus&hl=de&sa=X&ei=xkhaU_yCPaSK4gSqkoDAAQ&ved=0CD8Q6AEwAA#v=onepage&q=Gesundheitstourismus%20und%20Wellnesstourismus&f=false (Stand: 16.05.2014)

Bitkom (2012) - Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien: Rasanter Zuwachs: Ältere entdecken soziale Netzwerke. URL: http://www.bitkom.org/de/themen/36444_70886.aspx (Stand: 10.05.2014)

bmwi (2011) - Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Innovativer Gesundheitstourismus. URL: <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/innovativer-gesundheitstourismus-in-deutschland-kliniken,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> (Stand: 13.04.2014)

Bölicke, Claus/ Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2002): Qualität in der Pflege demenzender alter Menschen. In: Igl, Gerhard/ Schiemann/ Gerste/ Klose (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. 179-189.

Brokmann, Imke (2006): Marktanalyse und Konzeption eines neuen Angebots für die Zielgruppe Best Ager im Touristikbereich: Am Beispiel eines Busunternehmens. Diplomarbeit. URL: <http://books.google.de/books?id=hdtsAQAAQBAJ&pg=PA118&dq=Best+Ager.+Anforderungen+an+die+Produkt-+und+Kommunikationspolitik+von+Unternehmen&hl=de&sa=X&ei=GT9VU5PXCvLb7AaC3ICABw&ved=0CDoQ6AEwAQ#v=onepage&q=Best%20Ager.%20Anforderungen%20an%20die%20Produkt-%20und%20Kommunikationspolitik%20von%20Unternehmen&f=false> (Stand: 16.05.2014)

Bruns, Petra und Werner/ Böhme, Rainer (2007): Die Altersrevolution. Wie wir in Zukunft alt werden. Berlin.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2007): Lebensqualität. URL: <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/12400/index.html?lang=de> (Stand: 05.05.2014)

Bundesärztekammer (2007): Definitionen für Disease-Management. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3472.3474.3521#top> (Stand: 10.02.2014)

Bundesärztekammer (2012): Einführung der Disease-Management-Programme (DMP). URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3472> (Stand: 11.06.2014)

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2012): Immer mehr ältere Menschen nutzen das Internet – Ein neuer Ratgeber gibt Tipps zum sicheren Surfen. URL: http://www.bmelv.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/2012/215-BAGSO_Wegweiser-durch-die-digitale-Welt.html (Stand: 10.05.2014)

Bundeszentrale für politische Bildung (2007): Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. URL: <http://www.bpb.de/apuz/30508/der-koerper-als-kulturelle-inszenierung-und-statussymbol?p=all> (Stand: 12.06.2014)

Bundeszentrale für politische Bildung (2008): Revolution des Alters: Die 68er gehen in Rente. URL: <http://www.bpb.de/geschichte/deutsche-geschichte/68er-bewegung/52048/68er-in-rente> (Stand: 10.02.2014)

Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Strukturen und Inanspruchnahme. URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme> (Stand: 10.02.2014)

Burger, Stephan (2013): Herausforderung demografischer Wandel. In: Burger, Stephan (Hrsg.): Alter und Multimorbidität. Herausforderung an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg, 2-9.

van den Bussche, Hendrik /Schön, Gerhard/ Koller, Daniela (2013): Multimorbidität in der älteren Bevölkerung. Prävalenz, Krankheitsmuster und Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung. In: Burger, Stephan (Hrsg.): Alter und Multimorbidität. Herausforderung an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg, 125-146.

Clinic-im-Centrum (2014): URL: <http://www.clinic-im-centrum.de/de/baden-baden/index.html> (Stand: 07.04.2014)

CorporateHealth (2014): Medizinischer Check-up. URL: <http://www.corporatehealth-ag.com/zentrums-check-up/> (Stand: 12.06.2014)

Corsten, Michael/Herma, Holger/Traue, Boris (2002): Körperpraktiken und die Integrität der Person. Körper-Selbst-Diskurse in der Kosmetikbranche und der Technoszene. In: Hahn, Kornelia/Meuser, Michael (Hrsg.): Körperrepräsentationen. Die Ordnung des Sozialen und der Körper. Konstanz, 225-257.

Dapp, Ulrike (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart.

Demografieportal des Bundes und der Länder (2012): Zuwanderung in attraktive Ballungsräume. URL: http://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/Statistiken/Regional/Wanderungssaldo_Kreise.html (Stand: 22.04.2014)

Derra, Julia Maria (2012): Das Streben nach Jugendlichkeit in einer alternden Gesellschaft. Eine Analyse altersbedingter Körperveränderungen in Medien und Gesellschaft. Baden-Baden.

Deutscher Wellness Verband (2011): Medical Wellness. URL: http://www.wellnessverband.de/medical_wellness/index.php (Stand: 21.03.2014)

DRK-Kreisverband Baden-Baden (2014): URL: <http://drk-baden-baden.de/drk-zentrum/senioren/bewegungsprogramme.html> (Stand: 07.04.2014)

Eikmeier, Christoph (2005): Seniorengerechte Websites – Ein Vergleich der Bedingungen für barrierefreie Websites nach der BITV mit den Bedürfnissen älterer Menschen. URL: http://books.google.de/books?id=5FFl2vsQ10sC&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Stand: 05.05.2014)

Erlemeier, Norbert (2011): Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter, Stuttgart.

Gesundheit-Report (2008): Körperliche Fitness bei älteren Menschen. URL: <http://www.gesundheit-report.de/work-life-balance/artikel137/koerperliche-fitness-bei-aelteren-menschen.html> (Stand: 12.06.2014)

Goepfert, Andreas/ Conrad, Claudia B. (2013): Unternehmen Krankenhaus. Stuttgart.

Festspielhaus Baden-Baden (2014): Das Haus. URL: <http://www.festspielhaus.de/das-haus/> (Stand: 13.06.2014)

Hager, Klaus/ Klindtworth, Katharina/ Schneider, Nils (2013): Die Lebensqualität alter Menschen aus ärztlicher Sicht. In: Coors, Michael/ Kumlehn, Martina (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart, 81-96.

Handelsblatt (2004): Der Manager-Check-up. URL: <http://www.handelsblatt.com/karriere/nachrichten/immer-mehr-unternehmen-lassen-ihre-fuehrungskraefte-medizinisch-ueberpruefen-der-manager-check-up-seite-2/2311354-2.html> (Stand: 29.04.2014)

Helden-der-Liebe (2011): Aus Liebe zur Liebe. URL: <http://www.helden-der-liebe.de/html> (Stand: 30.04.2014)

Hess, Renate/ Klakow-Franck, Regina (2005): IGeL – Kompendium für die Arztpraxis. Patientengerechte Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestalten. Köln.

Hinte, Holger/ Rinne, Ulf/ Zimmermann, Klaus F. (2012): Zuwanderung, Demografie und Arbeitsmarkt-Fakten statt Vorbehalte. In: Heinz, Andres/ Kluge, Ulrike (Hrsg.): Einwanderung-Bedrohung oder Zukunft?. Mythen und Fakten zur Integration. Frankfurt am Main, 263-278.

Hoefert, Hans W. (2007): Führung und Management im Krankenhaus. 2. Auflage. Göttingen.

Hoyer, Maximilian (2007): Gesundheitsmarketing als Bestandteil des Dienstleistungs-marketing. Hamburg.

Jacobi, Günther/ Hellmis, Eva (2003): Am liebsten immer 40 - Mit Power in die 2. Lebenshälfte. Stuttgart.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2013): Igel-Individuelle Gesundheitsleistungen. URL:http://www.kvhessen.de/Patienten/Allgemeine+Informationen/IGEL+_+Kostenerstattung/IGEL_Leistungen+beim+Arzt+_+Was+bedeutet+das_.html?highlight=kv (Stand: 23.04.2014)

Kerpen, Philip (2007): Internes Marketing und Unternehmenskultur: Analyse der Interdependenzen unter marktorientierten Gesichtspunkten. Diplomarbeit. Hamburg. URL: http://books.google.de/books?id=x8hKmdiQI-cC&dq=maslowsche+bed%C3%BCrfnispyramide&hl=de&source=gbs_navlinks_s (Stand: 25.05.2014)

Klink Bavaria (2014): Leistungen: URL: http://www.klinik-bavaria.de/unserhaus_leistungen.html (Stand: 12.06.2014)

Klusen, Norbert/ Meusch, Andreas/ Thiel, Ernst (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Band 31. Baden-Baden.

Kreyher, Volker J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing - Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Kreyher, Volker J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg, 1-52.

Kreyher, Volker J. (2014): Vorlesungsskript Mannheim.

Kurhauscasino Baden-Baden (2014): Im Kurhaus. URL: <http://www.kurhauscasino.de/de/was-ist-alles-im-kurhaus> (Stand: 13.06.2014)

Länge, Theo W./ Menke, Barbara (2007): Generation 40plus. Demografischer Wandel und Herausforderungen an die Arbeitswelt. Bielefeld.

Lüngen, Markus (2007): Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Zugang, Finanzierung, Umsetzung. URL: http://books.google.de/books?id=B6Uj_OWT0MgC&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Stand: 15.05.2014)

Mai, Robert/Schwarz, Uta/ Hoffmann, Stefan (2012): Gesundheitsmarketing: Schnittstelle von Marketing, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspsychologie. In: Hoffmann, Stefan/ Schwarz, Uta/ Mai, Robert (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Dresden, 5-12.

Meyer, Juliane (2009): Senioren als Marketing-Zielgruppe. Besonderheiten, Konzepte, Beispiele. URL: <http://books.google.de/books?id=Z8-xu8ZD6cEC&printsec=frontcover&dq=Senioren+als+Marketing-Zielgruppe&hl=de&sa=X&ei=FhGCU4Sdleaf7gb83oCIBQ&ved=0CE4Q6AEwAQ#v=onepage&q=Senioren%20als%20Marketing-Zielgruppe&f=false> (Stand: 22.04.2014)

Müller, Hans-Jürgen/Engelmeyer, Anette (2013): Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV. In: Rebscher, Herbert/ Kaufmann, Stefan (Hrsg.). Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen. Gesundheitsmarkt in der Praxis, Band 5, Heidelberg, 291-305.

Münzel, Hartmut/Zeiler, Nicola (2008): Ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern – Grundlagen und praktische Umsetzung. Stuttgart.

Niehoff, Jens-Uwe (2008): Gesundheitssicherung-Gesundheitsversorgung-Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben und Perspektiven. Berlin.

Onmeda (2014): Der Gesundheitscheck-Up. URL:

http://www.onmeda.de/behandlung/gesundheits_check_up.html (Stand: 21.04.2014)

Pelizäus-Hoffmeister, Helga (2013): Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer. Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive. In: Backes, Gertrud M. / Clemens, Wolfgang (Hrsg.). Alter(n) und Gesellschaft. Band 24. Berlin, 197-215.

Pompe, Hans-Georg (2013): Marktmacht 50 Plus. Wie Sie Best Ager als Kunden gewinnen und begeistern. 3. Auflage. Wiesbaden.

Regnet, Erika (2004): Karriereentwicklung 40+. Weitere Perspektiven oder Endstation? Weinheim und Basel.

Rutishauser, Franziska (2005): Seniorenmarketing. Theoretische Grundlagen-Empirische Untersuchung. Diplomarbeit. Bern. URL:

http://books.google.de/books?id=zSxqAQAAQBAJ&pg=PP2&dq=Seniorenmarketing.+Theoretische+Grundlagen-Empirische+Untersuchung&hl=de&sa=X&ei=VdBXU_WjJ--h7AbyqoCIAw&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=Seniorenmarketing.%20Theoretische%20Grundlagen-Empirische%20Untersuchung&f=false (Stand: 23.04.2014)

Schmitt-Homm, Rüdiger/Homm, Simone (2013): Handbuch Anti-Aging und Prävention. Die wichtigsten Forschungsergebnisse. Die sinnvollsten Gesundheitsstrategien. Die wirksamsten Praxistipps. Freiburg.

Sechste Altenberichtskommission (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

Seidel, Gabriele/Schneider, Nils/Möller, Susanne (2013): Patientengerechte Gesundheitsversorgung für Hochbetagte. Anforderungen aus Sicht älterer Menschen und hochaltriger Menschen. Stuttgart.

Statista (2014): Umsatz der größten Privatkliniken. URL:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/223917/umfrage/umsatz-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/> (Stand: 20.05.2014)

Statistische Bundesamt (2013): Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland. URL:<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Geburtentrends.html> (Stand: 21.05.2014)

Statistisches Bundesamt (2013a): Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 12.06.2014)

Staudinger, Ursula M. (2012): Fremd- und Selbstbild im Alter: Innen- und Außensicht und einige der Konsequenzen. In: Kielmansegg, Peter Graf/ Häfner, Heinz (Hrsg.): Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen. Heidelberg, 187-200.

Stiehr, Karin (2002): Wie sinnvoll und nützlich ist die Erschließung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien für Seniorinnen und Senioren? In: Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros BaS (Hrsg.): Ältere Menschen und Neue Medien. Computer- und Internetprojekte von Seniorinnen und Senioren. Frankfurt am Main, 9-20.

Störl, Susann (2011): Kommunikation mit Senioren: Anforderungen an die Ansprache älterer Menschen am Beispiel einer Werbeanzeige für das Betreute Wohnen. Masterarbeit. Chemnitz.

Stork, Joachim (2010): Der chronisch Kranke im Großunternehmen. In: Kraus, Thomas/ Letzel, Stephan/ Nowak, Dennis (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Praxis, Klinik und Betrieb. Heidelberg, 58-65.

Tschirge, Uta/Grüber-Hrcán, Anett (1999): Ästhetik des Alters. Der alte Körper zwischen Jugendlichkeitsideal und Alterswirklichkeit. Stuttgart.

vzbv (2009) - Verbraucherzentrale Bundesverband: Verbraucherrechte und Angebote in der Altenpflege - Informationsveranstaltung zur Pflege-Charta. URL: <http://www.vzbv.de/3760.htm> (Stand: 19.05.2014)

vzbv (2010) - Verbraucherzentrale Bundesverband: Lebensqualität durch Verbraucherschutz-Gastkommentar von Anita Tack. URL:<http://www.vzbv.de/6095.htm>pdf (Stand: 19.05.2014)

Wallrafen-Dreisow, Helmut (2002): Qualitätssichernde Maßnahmen aus Sicht der Pflegeeinrichtung. In: Igl, Gerhard/ Schiemann/ Gerste/ Klose (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, 293-310.

Weber, Thomas (2010): Chronisch Kranke in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU). In: Kraus, Thomas/ Letzel, Stephan/ Nowak, Dennis (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Praxis, Klinik und Betrieb. Heidelberg, 67-80.

Zaroba, Katja (2002): Best Ager. Anforderungen an die Produkt- und Kommunikationspolitik von Unternehmen. Hamburg.

Zens, Markus/ Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2013): Problemfelder in der Versorgungssteuerung. In: Burger, Stefan (Hrsg.): Alter und Multimorbidität. Herausforderung an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg, 90-100.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname: Strübel, Svenja
Geburtsdatum: 26.07.1990
Geburtsort: Karlsruhe
Staatsangehörigkeit: deutsch
E-Mail: struebel-svenja@web.de



Berufserfahrung

05.2013 bis 09.2013 Praktikum im Produktmanagement der Bauerfeind AG
in Zeulenroda -Triebes
10.2010 bis 01.2013 /
10.2013 bis heute Aushilfsjob auf 450 Euro-Basis bei *Bijou Brigitte –*
Modische Accessoires AG in Karlsruhe

Studium

04.2011 bis 11.2014:
Hochschule: Hochschule Mittweida
DHS - EC Europa Campus
Karlsruhe
Studiengang: Gesundheitsmanagement,
Prävention, Sport und
Bewegung
Abschluss: Bachelor of Arts

Schulische Ausbildung

09.2001 bis 06.2010: Albertus-Magnus-Gymnasium in Ettlingen
Schulabschluss: Allgemeine Hochschulreife

Auslandserfahrung

01.2008 bis 06.2008: Halbjähriger Aufenthalt in den USA mit Besuch der
Grant Park High school in Illinois

Sprach- und Zusatzkenntnisse

Deutsch: Muttersprache
Englisch: verhandlungssicher
Französisch: sehr gute Grundkenntnisse
Spanisch : Grundkenntnisse
MS-Office: sehr gute Kenntnisse
Jimdo: Website-Gestaltung

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname